

GE_GERICHTE A/3954/2010 vom 7. November 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3954_2010

FR: GE_GERICHTE A/3954/2010 du 7 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/3954/2010 del 7 novembre 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur P _____, domicilié c/o M. Q _____, à Avully, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourant contre SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, sise Römerstrasse 38, 8400 Winterthur, représentée par SWICA Organisation de Santé 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 1. Monsieur P _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1925, est assuré auprès de SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour les assurances complémentaires (assurances COMPLETA TOP et COMPLETA PRAEVENTA) depuis le 1 er mai 1977. L'assuré a séjourné au Service d'orthopédie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après les HUG ou les appelés en cause) du 22 au 28 août 2009, date à laquelle il a été transféré au Service de cardiologie. Les Drs A _____, B _____ et C _____, médecins dans ce service, ont posé les diagnostics de syndrome coronarien aigu dans un contexte d'anémie post-opératoire. Les diagnostics secondaires étaient ceux de fracture pertrochantérienne gauche traitée par prothèse totale de hanche et plaques le 26 août 2009, d'insuffisance rénale aiguë, d'anémie normocytaire hypochrome et d'escarre au niveau de la région lombaire. L'assuré présentait par ailleurs les comorbidités suivantes: cardiopathie ischémique, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, obésité, insuffisance artérielle des membres inférieurs et diabète de type 2 non insulino-dépendant. Selon l'avis orthopédique, l'assuré ne pouvait mettre en charge son membre inférieur gauche dans les six semaines suivant l'opération. L'assuré pourrait bénéficier d'une réadaptation orthopédique avec des séances de mobilisation en piscine. Il était connu pour une insuffisance artérielle du membre inférieur droit traitée conservativement. Durant son hospitalisation, il avait bénéficié d'une mobilisation lit-fauteuil. Il y avait lieu de prendre contact avec les orthopédistes afin de réévaluer la mobilisation. Un traitement local avait été préconisé pour l'escarre au niveau lombaire. Dans les recommandations de sortie, les médecins ont notamment indiqué qu'il y avait lieu de procéder à une réadaptation orthopédique avec des séances de mobilisation en piscine et une radiographie de contrôle et d'assurer le suivi de l'escarre. En octobre 2009, le Dr D _____, médecin au Service interne de réhabilitation de l'Hôpital de Beau-Séjour des HUG, a demandé une prolongation de garantie pour soins subaigus jusqu'au 30 novembre 2009 au Dr E _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'assurance. Il a indiqué que l'assuré était hospitalisé dans son service depuis le 18 septembre 2009 et a recensé les diagnostics suivants: angor d'effort; hypotension orthostatique; déconditionnement physique majeur; ankylose de la hanche compliquant une pose de prothèse totale avec immobilité complète de l'articulation; crises

de goutte récidivantes à l'épaule et au coude; anémie d'origine indéterminée et multiples escarres.![endif]>![if> 4. Dans une note du 22 octobre 2009, le Dr E_____ a relaté un entretien téléphonique avec un médecin dont il n'a pas indiqué le nom en mentionnant certaines des atteintes diagnostiquées par le Dr D_____ et en concluant " Hospit "lit B" ou [évolution] d'ici 4 semaines ".![endif]>![if> 5. Par courrier du 22 octobre 2009, l'assurance a garanti la prise en charge en division commune jusqu'au 16 novembre 2009 au tarif de 311 fr. par jour.![endif]>![if> 6. Le 23 novembre 2009, le Dr D_____ a requis la prolongation de la garantie en raison d'une volumineuse escarre sacrée avec atteinte musculaire; de malnutrition protéino-énergétique; de déconditionnement physique multifactoriel; de crises de goutte à répétition; de malaises orthostatiques et d'arthrose des hanches et des genoux.![endif]>![if> 7. Par courrier du 27 novembre 2009, l'assurance a garanti la prise en charge en division commune jusqu'au 20 décembre 2009 au tarif de 311 fr. par jour.![endif]>![if> 8. Le 21 décembre 2009, le Dr D_____ a renouvelé la demande de prolongation en faisant état de troubles de la marche et de faiblesse des membres inférieurs d'origine plurifactorielle, d'escarre sacrée, de crises de goutte à répétition, d'hypotension orthostatique et d'un trouble de l'adaptation.![endif]>![if> 9. Par courrier du 30 décembre 2009, l'assurance a garanti la prise en charge en division commune jusqu'au 15 janvier 2010 au tarif de 311 fr. par jour.![endif]>![if> 10. Le 11 janvier 2010, la Dresse F_____ du Service interne de réhabilitation de l'Hôpital de Beau-Séjour a requis la prolongation de la garantie pour soins subaigus en raison d'un choc hémorragique et d'un STEMI (infarctus du myocarde avec élévation des segments ST) post opératoire, d'un angor, de crises de goutte à répétition invalidantes, de rupture de la coiffe des rotateurs, d'escarres et de dénutrition protéino-calorique.![endif]>![if> 11. Le Dr E_____ a eu un entretien téléphonique avec un médecin des HUG le 13 janvier 2010. Il a noté que l'assuré se portait mieux depuis dix jours du point de vue de la mobilisation et de l'escarre. Le projet était le retour à domicile. Le médecin-conseil a ajouté la mention " OK 3 semaines puis [rapport d'évolution] (possible 6 semaines)".![endif]>![if> 12. Le 14 janvier 2010, l'assurance a prolongé sa prise en charge aux mêmes conditions jusqu'au 4 février.![endif]>![if> 13. Le 1 er février 2010, la Dresse F_____ a renouvelé la demande la prolongation de la garantie pour soins subaigus en raison d'un status après STEMI sur choc hémorragique post-opératoire, de crises de goutte à répétition, d'escarres et de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Elle a précisé que l'assuré était en nette amélioration avec une reprise progressive de la mobilisation. Une physiothérapie intensive était nécessaire. L'assuré était en attente d'un transfert à l'Hôpital de Loëx pour des soins continus.![endif]>![if> 14. Par courrier du 4 février 2010, l'assurance a garanti la prise en charge en division commune jusqu'au 18 février au tarif de 311 fr. par jour. Dès le 18 février 2010, la prise en charge était limitée au forfait "Lit C" à 70 fr. par jour en attente d'un retour à domicile.![endif]>![if> 15. Dans son rapport du 8 février 2010, la Dresse F_____ a posé le diagnostic principal de STEMI secondaire à une anémie per-opératoire, et les diagnostics d'angor sur hypotension, de fracture pertrochantérienne gauche traitée par prothèse de la hanche, d'escarres multiples au niveau sacré, aux talons et au pied gauche, d'insuffisance rénale aiguë, d'anémie normocytaire normochrome, de prostatite aiguë à E. Coli, de tendinite de la coiffe des rotateurs, de crise de goutte du genou droit et de la cheville et de gonarthrose bilatérale. L'assuré présentait en outre des comorbidités sous forme de cardiopathie ischémique, de diabète de type 2 non insulino-requérant, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, d'obésité et d'insuffisance artérielle des

membres inférieurs. Il avait été hospitalisé à la suite de sa fracture pertrochantérienne. Après l'intervention, l'anémie avec STEMI secondaire avait nécessité une surveillance rythmique transitoire. Durant son hospitalisation, un travail intense de physiothérapie avait été entamé pour le renforcement musculaire, le travail de transfert et la mobilisation de la hanche gauche. Les progrès étaient entravés par la gonarthrose bilatérale et les crises de goutte récidivantes, ainsi que par la tendinopathie pour laquelle l'assuré avait bénéficié d'une physiothérapie de renforcement et de rééducation. Il avait fait des progrès pour les transferts et la mobilisation mais avait besoin pour cela d'une physiothérapie et d'une implication multidisciplinaire. Il y avait lieu de poursuivre de manière très active la réhabilitation. L'escarre sacrée, qui présentait un tissu de granulation ferme, persistait mais était en voie d'amélioration. L'assuré suivait en outre un régime non-diabétique et prenait des suppléments nutritionnels. Il n'avait plus présenté de crises de goutte depuis décembre.

16. Le Dr G_____, chef de clinique du Département de réhabilitation et gériatrie de l'Hôpital de Loëx des HUG, a indiqué dans sa note d'admission du 9 février 2010 que l'assuré était hospitalisé pour rééducation à la marche dans un contexte de prothèse totale de la hanche droite. Il avait déjà fait des progrès pour les transferts et pouvait faire deux à trois pas. Les soins à prodiguer pour les diverses atteintes étaient notamment les suivants: physiothérapie de rééducation à la marche, éventuellement radiographie et consultation orthopédique, électrocardiogramme, contrôle de la tension artérielle et du pouls, ajustement du traitement antalgique, consultation rhumatologique, adaptation de la médication contre les crises de goutte, poursuite du protocole de soins pour les escarres et suivi par un spécialiste, contrôle des glycémies et bilan sanguin.

17. Dans une demande de prolongation de garantie du 5 mars 2010, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré avait été admis dans son service le 9 février 2010. Les problèmes, diagnostics et traitements étaient les suivants: troubles de la marche sévères d'origine plurifactorielle; fracture pertrochantérienne gauche traitée par prothèse totale de hanche gauche et plaque de stabilisation le 22 août 2009 avec évolution et rééducation entravées par des comorbidités; tendinite de la coiffe des rotateurs avec douleur et impotence fonctionnelle; crises de goutte du genou droit et de la cheville; gonarthrose bilatérale avec douleurs persistantes et épanchement articulaire; expectorations avec traces de sang; œdèmes des membres inférieurs d'origine mixte; nodule pulmonaire para-hilaire droit; STEMI secondaire à un choc hémorragique peropératoire en août 2009; escarres au niveau sacré, aux talons et sur le côté du pied gauche; anémie normocytaire normochrome; cardiopathie ischémique avec lésion tritrunculaire touchant l'IVA proximale, sténosée à 90%, et l'IVA occluse complètement, sténose significative de 90% de l'artère circonflexe proximale, sténose significative de 70% de l'ostium de l'artère rétro-ventriculaire postérieure connue depuis 2006; diabète de type 2 non insulino-dépendant; hypertension artérielle; hypercholestérolémie; obésité et insuffisance artérielle des membres inférieurs. Les traitements et investigations consistaient en une physiothérapie de mobilisation et de rééducation à la marche et de l'épaule droite; en une adaptation du traitement antalgique et anti-inflammatoire; une évaluation de la douleur; une consultation de rhumatologie; une infiltration de l'épaule droite; des bilans sanguins; une radiographie et un scanner du thorax; des soins de l'escarre et un suivi par le spécialiste des plaies; une surveillance du profil glycémique; un bilan angiologique des membres inférieurs; un électrocardiogramme et la poursuite du traitement anti-hypertenseur et du contrôle de la tension artérielle. L'assuré présentait des symptômes modérés à sévères avec des pertes de fonction. Au vu de l'état de santé et des soins requis, la prise en charge ne pouvait être assurée dans un autre lieu de

réhabilitation ou de manière ambulatoire. Le Dr G _____ a pronostiqué une pathologie chronique et/ou un risque de limitations permanentes dans la vie quotidienne avec la nécessité éventuelle d'un transfert ultérieur en unité de soins continus ou en secteur C ou à domicile avec mise en place d'un encadrement ambulatoire. La prolongation de l'hospitalisation était nécessaire pour le suivi des constantes vitales, les adaptations thérapeutiques nécessitant des soins stationnaires et pour les soins médicaux intégrés tels que la rééducation et les séances de physiothérapie et de rééducation spécialisée intensive. ![/endif]>![if> 18. Le 11 mars 2010, le Dr E _____ a apposé la mention " Maintien lit C " sur le courrier du Dr G _____ et noté " Lit C " en marge des traitements recensés par celui-ci.![endif]>![if> 19. Le 18 mars 2010, l'assurance a informé le Dr G _____ qu'elle maintenait sa position, le courrier du 5 mars 2010 n'amenant aucun élément nouveau sur le plan médical.![endif]>![if> 20. Par courrier du 23 mars 2010, l'assurance a indiqué que la prise en charge en division commune jusqu'au 18 février était garantie au tarif de 270 fr. par jour. Dès le 18 février 2010, la prise en charge était limitée au forfait "Lit C" à 70 fr. par jour en attente d'un retour à domicile. ![/endif]>![if> 21. Par courrier du 29 mars 2010 au Dr E _____, le Dr G _____ a indiqué que l'assuré avait été transféré le 9 février 2010 du Service de médecine interne des HUG dans un but de rééducation. On pouvait se demander si une rééducation en 9 jours, soit du 9 au 18 février 2010, était possible. L'assuré avait subi une pose de prothèse totale de la hanche gauche le 22 août 2009. Les progrès à la rééducation avaient été entravés par des comorbidités sous la forme d'un STEMI, d'une insuffisance rénale aiguë et d'escarres. Par la suite, une gonarthrose bilatérale importante, des crises de goutte récidivantes et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avaient également gêné la rééducation. Lors du transfert à Loëx, l'assuré était incapable de marcher en raison de la gonarthrose et d'une impotence fonctionnelle au membre supérieur droit. Grâce au traitement médicamenteux, il avait pu participer lentement et progressivement à la physiothérapie de rééducation à la marche. Il travaillait actuellement à la remusculation et à la marche et se montrait très motivé. Après six semaines d'hospitalisation, il était capable, sous surveillance, de marcher sur de courtes distances avec son déambulateur. Les douleurs à l'épaule droite s'étaient amendées à la suite d'une infiltration. L'objectif était de recouvrer la plus grande autonomie possible pour retourner à domicile. Compte tenu de ces éléments, le Dr G _____ a invité le Dr E _____ à revoir sa position pour que la rééducation de l'assuré puisse se poursuivre.![endif]>![if> 22. Par courrier du 27 avril 2010, le Dr G _____ a à nouveau requis du Dr E _____ la prolongation de la garantie d'assurance pour permettre à l'assuré de recouvrer son autonomie. Il a rappelé que l'assuré était arrivé à Loëx avec une très importante limitation de la mobilisation. Les progrès dans les déplacements continuaient. Or, la garantie n'avait été accordée que pour 9 jours à partir du transfert du 9 février 2010. L'assuré avait récemment eu des épisodes de poussées inflammatoires articulaires (chondrocalcinoses) au niveau des articulations du membre supérieur gauche, nécessitant l'introduction d'une corticothérapie, ainsi qu'une crise de goutte au 5 ème doigt de la main droite, pour laquelle un traitement de colchicine avait été introduit. ![/endif]>![if> 23. Le 29 avril 2010, le Dr E _____ a annoté le courrier du 27 avril 2010 comme suit: " pas d'argument pour poursuite lit B, maintien préavis un mois à Loëx puis lit C ".![endif]>![if> 24. Par courrier du 17 mai 2010, l'assuré a requis de l'assurance qu'elle rende une décision formelle. Il a précisé que les médecins de l'Hôpital de Loëx ne le considéraient pas en état de sortir. ![/endif]>![if> 25. Par décision du 4 juin 2010, l'assurance a limité ses prestations à 70 fr. par jour dès le 9 mars 2010. Elle a rappelé qu'elle avait accepté la prise en charge du séjour en soins continus à l'Hôpital de Loëx du 9

février au 8 mars 2010 au tarif de 270 fr. par jour. Selon le préavis du Dr E _____, l'état de santé de l'assuré ne nécessitait plus de séjour dans cet établissement dès le 9 mars 2010, un établissement médico-social étant plus adapté. L'assurance a rappelé que si un assuré séjourne à l'hôpital sans indication médicale, le tarif d'un établissement médico-social est applicable. !endif>![if> 26. Le 5 juillet 2010, l'assuré, par son mandataire, s'est opposé à cette décision. Il a souligné que la loi ne prévoyait pas de terme à partir duquel un assuré atteint d'une affection chronique ne nécessite plus de soins réservés à des maladies aiguës et que selon la jurisprudence, un assuré avait droit à des soins pour maladie aiguë en milieu hospitalier aussi longtemps qu'on pouvait espérer d'un traitement une amélioration notable de l'état de santé. Il existait de plus une indication médicale à un séjour hospitalier en cas de maladie au sens de la loi, lorsque des mesures diagnostiques et thérapeutiques ne pouvaient être conduites qu'à l'hôpital, lorsque les possibilités d'un traitement ambulatoire étaient épuisées et que seul un traitement dans le cadre d'un séjour hospitalier avait des chances de succès. Son hospitalisation répondait à ces conditions. !endif>![if> 27. Par courrier du 23 juillet 2010, le Dr G _____ a précisé au mandataire de l'assuré qu'il avait été responsable de la prise en charge de ce dernier du 9 février au 19 avril 2010, date dès laquelle la Dresse H _____, nouvelle cheffe de clinique du Service des soins continus de l'Hôpital de Loëx, l'avait relayé. L'assuré avait été transféré dans le Service des soins continus de l'Hôpital de Loëx pour suite de soins et rééducation à la marche dans un contexte de pose de prothèse totale de la hanche consécutive à une fracture survenue le 22 août 2009. Les progrès à la rééducation avaient été entravés par diverses comorbidités et complications. Une demande de prolongation de garantie d'hospitalisation avait été adressée au médecin-conseil de l'assurance le 5 mars 2010, justifiée par un certificat médical. L'assurance l'avait refusée et limité sa prise en charge au 18 février 2010. Un nouveau courrier adressé au Dr E _____ le 28 mars 2010 n'avait pas amené ce dernier à revoir son préavis. Le courrier du 27 avril 2010 avait conduit à la prolongation de la garantie jusqu'au 8 mars 2010. !endif>![if> 28. Le 30 juillet 2010, la Dresse H _____ a confirmé que l'appréciation du Dr G _____ était également valable pour la période postérieure au 19 avril 2010, en précisant que des complications infectieuses à répétition avaient entraîné un transfert dans un service de soins plus aigus du 23 au 25 mai 2010. !endif>![if> 29. Par courrier du 10 août 2010, l'assuré a complété son opposition en soulignant qu'il rencontrait d'importants problèmes de santé entravant sa rééducation. La liste des diagnostics établie par le Dr G _____ en mars 2010 était conséquente et démontrait la nécessité d'un séjour hospitalier pour la prise en charge et le suivi quotidiens. La Dresse H _____ attestait d'ailleurs que son état de santé nécessitait la poursuite du traitement en milieu hospitalier à ce jour. Les prestations devaient donc être versées à hauteur de 270 fr. par jour. En outre, des complications infectieuses à répétition avaient nécessité un transfert dans un service de soins plus aigus du 23 au 25 mai 2010, ce qui indiquait clairement que seul un traitement hospitalier était envisageable, compte tenu de son état de santé très aléatoire. !endif>![if> 30. L'assurance a rejeté l'opposition par décision du 15 octobre 2010. Elle a indiqué qu'elle avait à nouveau soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, dont le rapport du 15 septembre 2010 faisait partie intégrante de la décision. !endif>![if> Dans ce document, le Dr E _____ a rappelé que les comorbidités de l'assuré ne pouvaient que ralentir sa réhabilitation. Cela étant, la Dresse I _____ F _____ avait fait état lors d'un entretien téléphonique début février 2010 d'une évolution régulièrement favorable, s'agissant en particulier des escarres et de l'état de nutrition. Dans son courrier du 1 er

février 2010, la Dresse I _____ F _____ estimait que l'assuré était en nette amélioration après une mobilisation progressive, qu'il avait besoin d'une physiothérapie intensive et attendait son transfert dans un autre département des HUG ou à l'Hôpital de Loëx. Ainsi, un passage en soins de type "lit C" pouvait être envisagé un mois plus tard. Les nouveaux rapports des Drs G _____ et H _____ montraient une contradiction dans les appréciations des médecins sur l'évolution clinique de l'assuré. La Dresse I _____ F _____ indiquait une nette amélioration avec une reprise progressive de la mobilisation avant le transfert de l'assuré à l'Hôpital de Loëx, alors que le Dr G _____ affirmait que celui-ci était incapable de marcher lors de son admission en raison de la gonarthrose bilatérale et de la tuméfaction du genou droit. Il apparaissait dès lors que les acquis de l'assuré avaient été indépendants des soins de réhabilitation. En effet, un séjour en "lit B" ou "lit C" après plusieurs mois d'hospitalisation n'avait pas eu d'influence sur la survenue ou l'aggravation des comorbidités rhumatologiques. La prolongation du séjour était également demandée pour l'adaptation de l'antalgie et le suivi des comorbidités. En vertu du principe d'économicité, ces soins auraient pu être prodigués dans un établissement de "lit C". Par ailleurs, des éléments objectivement quantifiables permettant d'apprécier les gains sur l'évolution de la mobilité d'une physiothérapie continue par rapport à des séances de physiothérapie pratiquées à domicile ou en "lit C" ne ressortaient pas. Partant, le Dr E _____ affirmait ne pas avoir d'argument pour modifier son ancien préavis. Après avoir rappelé les dispositions légales régissant la rémunération de séjours hospitaliers, l'assurance a soutenu que c'était à bon droit qu'elle avait réduit ses prestations au tarif en attente de placement ("lit C") dès le 9 mars 2010, après 174 jours de réhabilitation. Elle a en outre rappelé qu'elle était liée aux HUG par une convention prévoyant le système du tiers-payant. Les HUG n'étaient dès lors pas autorisés à facturer à l'assuré les montants qu'elle ne prenait pas en charge. De plus, les médecins ayant envers leurs patients un devoir d'information en matière économique, il leur appartenait d'attirer l'attention de ceux-ci lorsqu'ils savaient qu'un traitement ou un séjour ne serait pas pris en charge ou qu'ils éprouvaient des doutes à ce sujet. 31. Le 5 novembre 2010, le Dr G _____ a rappelé que l'assuré avait été transféré à l'Hôpital de Loëx pour poursuivre la rééducation après pose d'une prothèse de la hanche, entravée par divers problèmes intercurrents. Le rapport de la Dresse I _____ F _____ mentionnait des progrès dans les transferts et la mobilisation mais soulignait qu'une physiothérapie intensive et une approche multidisciplinaire étaient nécessaires, et requérait la poursuite de la réhabilitation chez l'assuré, alors hospitalisé depuis cinq mois. Lors de son admission à l'Hôpital de Loëx, celui-ci présentait des douleurs au genou droit avec une tuméfaction des deux genoux, une hanche douloureuse à la mobilisation et des douleurs à l'épaule droite. Il était incapable de marcher. Le rapport de la Dresse I _____ F _____ n'évoquait pas de reprise de la marche, contrairement à ce qu'affirmait le Dr E _____, mais une amélioration des transferts et de la mobilisation. Au cours des deux premiers mois à l'Hôpital de Loëx, des complications déjà évoquées avaient freiné la rééducation. C'est uniquement lorsque ces problèmes s'étaient amendés que l'assuré avait pu lentement améliorer sa mobilisation et entamer une rééducation à la marche progressive. Parallèlement, un contrôle des problèmes rhumatologiques et de douleurs extrêmement fluctuantes avait dû être instauré et la rééducation avait dû être continuellement réajustée de ce fait. L'assuré avait besoin d'une prise en charge dans un hôpital à même de suivre ses problèmes dans leur globalité, et le séjour à l'Hôpital de Loëx était dès lors tout à fait justifié. La garantie octroyée par l'assurance jusqu'au 18 février 2010 était de 9 jours à l'arrivée de l'assuré. Le Dr

G_____ se demandait s'il fallait en conclure que le Dr E_____ considérait ce laps de temps suffisant pour que l'assuré, malgré toutes ses comorbidités, recouvre son autonomie. [endif]>![if> 32. Par écriture du 17 novembre 2010, l'assuré interjette recours contre la décision de l'assurance. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement à l'audition des Drs G_____, H_____ et E_____, au fond à l'annulation de la décision et à la prise en charge des prestations dues en cas d'hospitalisation au tarif de 270 fr. par jour du 9 février (recte : mars) au 1^{er} novembre 2010, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Par le même acte, le recourant dépose une demande en paiement concluant sous suite de dépens au versement par l'intimée de 200 fr. par jour du 9 février 2010 au jour de la demande, soit 49'200 fr. plus intérêts à 5% dès le 1^{er} juin 2010, date moyenne, et au versement de 450 fr. plus intérêts à 5% dès le 9 février 2010. Il soutient qu'il était incapable de marcher à son admission à l'Hôpital de Loëx et que sa rééducation a été entravée à plusieurs reprises par les complications évoquées par les médecins. Ces pathologies ne permettaient pas d'envisager un traitement ambulatoire. Ce n'est qu'après la diminution de ces problèmes que le recourant a pu lentement améliorer sa mobilisation et entamer une rééducation à la marche, sans pour autant se déplacer de manière autonome. Parallèlement, les douleurs et les problèmes rhumatologiques ont nécessité une réadaptation continuelle de la rééducation et seul un séjour en hôpital permettait de gérer ces aspects dans leur globalité. Le Dr E_____ a considéré qu'il n'y avait aucune nécessité d'une prise en charge et d'un suivi quotidiens dans un établissement hospitalier. Or, la seule condition litigieuse pour la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une hospitalisation est en l'espèce la nécessité d'une hospitalisation. Selon la jurisprudence, le principe d'économie du traitement implique que le séjour dans un établissement hospitalier doit se faire dans la catégorie de malades à laquelle un assuré appartient. De plus, un assuré peut prétendre des soins pour maladie aiguë en milieu hospitalier aussi longtemps qu'on peut espérer d'un traitement une amélioration notable de son état de santé. Il existe une indication médicale pour un séjour hospitalier lorsque les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires peuvent être effectuées de façon appropriée seulement dans un établissement hospitalier, et lorsque les possibilités d'un traitement ambulatoire sont épuisées et que seul un séjour hospitalier permet de garantir le succès d'un traitement. Le médecin dispose d'un certain pouvoir d'appréciation pour fixer la limite entre hospitalisation aiguë et soins de longue durée. Les arguments de l'intimée, selon lesquels l'adaptation de l'antalgie et le suivi des comorbidités auraient pu se faire dans un établissement de lits C, sont dénués de fondement. En premier lieu, il n'y a pas de divergence entre les avis des médecins sur le fait que le recourant pouvait marcher. Il est par ailleurs inexact d'affirmer, comme le fait l'intimée, que ses gains ont été probablement indépendants des soins en réhabilitation, puisqu'il a à nouveau pu marcher après une période de deux mois à l'Hôpital de Loëx durant laquelle sa rééducation a été lourdement entravée par diverses comorbidités. De plus, la probabilité de cette hypothèse est insuffisante puisque le critère de la vraisemblance prépondérante s'applique en matière d'assurances sociales. L'hospitalisation était nécessaire également en raison du caractère fluctuant des problèmes rhumatologiques et des douleurs. Si l'hospitalisation ne devait pas être prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, le recourant demande qu'elle soit couverte par les assurances complémentaires qu'il a conclues avec l'intimée. Son assurance complémentaire d'hospitalisation est précisément destinée à couvrir les soins prodigués dans les hôpitaux publics et privés en Suisse, dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par l'assurance de base. Cette assurance donne en outre droit à une participation de 15 fr. par jour durant 30

jours au titre de la convalescence, soit 450 fr. L'intimée doit donc la somme de 49'200 fr., soit 200 fr. par jour pour la période du 9 février (recte : mars) au 1 er novembre 2010. ![/endif]>![if> 33. La demande en paiement du recourant a été enregistrée au rôle sous le numéro de cause A/3956/2010.![endif]>![if> 34. Le Dr E _____ s'est déterminé sur le courrier du Dr G _____ dans son avis du 16 décembre 2010. Il a souligné que le 1 er février 2010, la Dresse I _____ F _____ avait estimé que l'assuré était en nette amélioration avec une reprise progressive de la mobilisation. Le courrier du Dr G _____ ne permettait pas de comprendre la logique de la continuité des soins. Certaines pathologies invalidantes de l'assuré avaient évolué indépendamment des soins hospitaliers. Il s'agissait de la goutte, traitée par médicaments et souvent par immobilisation et des tuméfactions des genoux, qui se soignent également par médicaments et immobilisation temporaire. Partant, le courrier du 5 novembre 2010 n'apportait pas d'éléments nouveaux permettant de revoir un préavis d'une hospitalisation en lit B au-delà du 8 mars 2010. ![/endif]>![if> 35. Dans sa réponse du 17 décembre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Après avoir rappelé les éléments médicaux du dossier, elle affirme s'être acquittée de factures de 270 fr. par jour pour la période du 9 février au 8 mars 2010 et de 70 fr. par jour pour la période du 9 mars au 31 octobre 2010, et produit dites factures. L'intimée relève que seule est litigieuse la différence de 200 fr. par jour entre le forfait pris en charge et le forfait "lit B" du 9 mars au 31 octobre 2010. Elle se réfère aux rapports du Dr E _____, dont elle affirme qu'ils exposent de manière détaillée pourquoi la poursuite d'une prise en charge en service de réhabilitation n'est pas justifiée après le 8 mars 2010. Le recourant était en effet en nette amélioration avec reprise progressive de la mobilité selon le rapport du 1 er février 2010 de la Dresse I _____ F _____. Le rapport du Dr G _____ du 5 mars 2010 ne précisait ni les acquis cliniques à l'admission du recourant ni le nouveau projet thérapeutique justifiant un transfert, hormis la physiothérapie, ni la durée de l'hospitalisation. Par ailleurs, en vertu de la convention du tiers-payant, les HUG ne sont pas autorisés à facturer au recourant les montants que l'intimée ne prend pas en charge. L'intimée relève une nouvelle fois le devoir d'information des médecins sur la prise en charge des soins. ![/endif]>![if> 36. La Cour de céans a entendu Madame P _____, fille du recourant, lors de l'audience du 30 mars 2011. ![/endif]>![if> Mme P _____ a exposé que le recourant était allé vivre dans un appartement indépendant sécurisé à sa sortie de l'Hôpital de Loëx mais qu'il avait dû être à nouveau hospitalisé par la suite. Avant sa fracture de la hanche, il était totalement indépendant et s'occupait de tout dans son ménage. Lorsqu'il avait été hospitalisé à Beau-Séjour, les médecins avaient dit qu'il était possible qu'il ne puisse plus remarcher. Il pratiquait des exercices tous les jours pour se renforcer. Il avait réussi, grâce à ses exercices, à se mettre assis au bord du lit puis dans son fauteuil avec l'aide de quelqu'un et enfin debout avec un déambulateur avec l'aide de deux personnes. Il avait été transféré à l'Hôpital de Loëx afin de continuer les soins. Les médecins de ce site n'avaient jamais dit à la fille du recourant que ce dernier pouvait rentrer en établissement médico-social ou à domicile. Il avait d'ailleurs eu d'autres problèmes de santé ayant fait l'objet d'une prise en charge médicale. Son père voulait sortir le plus rapidement possible mais les médecins ne l'y autorisaient pas. L'intimée a précisé qu'elle se fondait sur l'avis de son médecin-conseil, qui considérait au vu du rapport médical de la Dresse I _____ F _____ qu'il y avait une amélioration de l'état de santé. Le Dr E _____ estimait aussi que le rapport ultérieur du Dr G _____ n'était pas convainquant. Selon ce médecin-conseil, les complications subies par le recourant à l'Hôpital de Loëx étaient indépendantes du

problème orthopédique. Durant son séjour à Beau-Séjour, le recourant souffrait surtout d'escarres. La Dresse I _____ F _____ avait indiqué que l'évolution était favorable et les escarres guéries lors d'un contact téléphonique début 2010. L'intimée avait alors délivré une garantie jusqu'au 18 février 2010 et devait recevoir un certificat médical avant l'échéance de cette garantie. Ce n'est qu'en mars 2010 qu'un rapport lui était parvenu et qu'elle avait appris que le recourant avait été transféré à l'Hôpital de Loëx le 9 février déjà. Le médecin-conseil avait alors considéré qu'un délai de six semaines d'hospitalisation pour améliorer la marche était suffisant. De plus, les médecins du recourant ne lui avaient pas communiqué de projet thérapeutique. La fille du recourant a encore précisé que les escarres au niveau des talons étaient guéries mais pas celles au niveau du sacrum, qui ont mis plusieurs mois avant de se refermer. A l'issue de l'audience, la Cour de céans a suspendu la cause A/3956/2010 4 LCA jusqu'à droit jugé dans la présente procédure. 37. Par ordonnance du même jour, la Cour de céans a appelé en cause les HUG et leur a imparti un délai pour se déterminer. 38. Dans leur écriture du 10 mai 2011, les appelés en cause s'en rapportent à justice s'agissant de la compétence de la Cour de céans et de leur appel en cause. Sur le fond, ils concluent sous suite de dépens, à l'annulation des décisions de l'intimée du 4 juin et du 25 octobre 2010 et à la prise en charge par l'intimée des frais d'hospitalisation du recourant au tarif de 270 fr. par jour du 9 février (recte : mars) au 1 er novembre 2010. Ils précisent que dans leurs établissements, un service de rééducation se concentre davantage sur une pathologie spécifique et moins sur l'ensemble des comorbidités d'un patient, avec plusieurs heures de thérapie et de rééducation par jour. Un service de réhabilitation va quant à lui intégrer la rééducation dans l'ensemble des pathologies du patient mais avec des moyens moindres. Les appelés en cause se réfèrent aux divers rapports établis par leurs médecins, dont ils affirment qu'ils démontrent que l'état de santé du recourant imposait la poursuite de son hospitalisation à l'Hôpital de Loëx au-delà du 9 mars 2010, des raisons médicales imposant le séjour en milieu hospitalier. S'agissant de la nécessité d'un séjour hospitalier, les appelés en cause allèguent qu'il n'y a pas de divergence entre les médecins des différents services mais que l'intimée fait une lecture erronée de leurs rapports. Ces documents démontrent que le recourant avait besoin d'un traitement, de soins et d'une réadaptation en milieu hospitalier. 39. Dans ses déterminations du 17 juin 2011, l'intimée persiste dans ses conclusions en soulignant que la Cour de céans est compétente pour juger du litige entre un assuré et son assureur. Elle se réfère à un avis du Dr E _____ du 17 juin 2011, qu'elle produit. Dans ce document, son médecin-conseil se détermine sur le rapport du 8 février 2010 de la Dresse I _____ F _____ et sur la note d'admission à l'Hôpital de Loëx en soulignant qu'il ne ressort aucun nouvel élément pour reconsidérer le préavis limitant à six semaines la poursuite de la réhabilitation dans cet établissement. En effet, l'escarre sacrée présentait un tissu de granulation ferme. On pouvait dès lors raisonnablement estimer que six semaines supplémentaires d'hospitalisation permettaient d'avancer dans la guérison avant de poursuivre les soins à domicile. De plus, les pathologies dont souffrait le recourant ont évolué indépendamment des soins hospitaliers et du type d'hospitalisation. La durée de l'hospitalisation de six semaines en "lit B" correspond largement aux orientations de la Dresse I _____ F _____, qui recommandait une physiothérapie intensive et une implication multidisciplinaire. 40. La Cour de céans a entendu des témoins lors de son audience du 28 septembre 2011. Le Dr G _____ a exposé que l'Hôpital de Loëx est destiné aux soins intermédiaires de rééducation. Cet établissement avait assumé les soins de réadaptation ainsi que le suivi clinique des autres problèmes du recourant. Le

but du transfert à l'Hôpital de Loëx était la rééducation dans un projet à terme de retour à domicile, voire de séjour en établissement médico-social. Les comorbidités multiples, notamment les crises de goutte, avaient entravé le processus de rééducation du recourant, qui n'avait pu évoluer correctement et retrouver son autonomie malgré les mois passés à l'Hôpital de Beau-Séjour. La seule amélioration consistait dans les transferts et la mobilisation de la hanche mais ne concernait pas la marche. Du 9 février 2010, date de son arrivée à l'Hôpital de Loëx, au 8 mars 2010, le recourant ne pouvait pas retrouver une mobilisation satisfaisante, dès lors qu'il avait passé cinq mois à l'hôpital de Beau-Séjour sans avoir évolué favorablement au niveau de la rééducation. Durant le suivi par le Dr G_____ jusqu'au 19 avril 2010, le recourant avait présenté plusieurs fois des crises de chondrocalcinose, il avait également une arthrose des deux genoux très importante. Il avait également des douleurs à l'épaule droite en raison d'une déchirure du tendon. Les crises inflammatoires avaient notamment atteint le genou droit ainsi que le poignet et le coude gauches. Le recourant avait été vu à deux reprises par les rhumatologues pour des infiltrations. La dernière poussée inflammatoire avant que le Dr G_____ ne change de service était survenue mi-avril 2010. Le recourant, très volontaire, avait des douleurs et des difficultés à récupérer pour la marche. C'est à partir de mi-avril 2010 qu'il avait commencé à récupérer peu à peu et de manière progressive. Un retour à domicile avec encadrement médical dès le 8 mars 2010 n'aurait pas été possible. Compte tenu des épisodes de poussées inflammatoires, c'est comme si le recourant n'avait pas eu de rééducation auparavant. La rééducation n'avait pas pu se faire comme pour un autre patient qui n'aurait pas souffert de telles crises. Le recourant était sous morphine et avait eu un traitement très large, sous forme d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et de physiothérapie. Au départ du témoin, il n'était pas stable et une date de sortie n'était pas encore envisagée à ce moment-là. La rééducation était en cours. Invité à se déterminer sur la note du Dr E_____ du 17 juin 2011, le témoin a relevé que le pronostic de six semaines émis par le médecin-conseil ne tenait compte que de l'escarre mais il ne s'agissait pas là du seul problème pour lequel le recourant devait rester à l'hôpital. La prolongation de l'hospitalisation n'était pas sollicitée pour l'escarre mais en raison de la multiplicité des pathologies. S'agissant de la durée d'hospitalisation supplémentaire de six semaines articulée par le Dr E_____ pour poursuivre la rééducation, à savoir la physiothérapie intensive et l'implication multidisciplinaire préconisées par les médecins de Beau-Séjour, le Dr G_____ a rappelé qu'en cinq mois, l'Hôpital de Beau-Séjour n'avait pas pu obtenir une évolution satisfaisante dans la rééducation. Par ailleurs, à l'Hôpital de Loëx, le recourant avait effectué jusqu'à 4 fois par semaine des séances de physiothérapie mais il fallait tenir compte de toutes ses pathologies, notamment des poussées inflammatoires et du fait qu'il était très atteint au niveau articulaire, de sorte que la rééducation était très ralentie. Le Dr E_____ ne mentionnait en outre pas les problèmes inflammatoires pourtant relatés par le témoin. Ce dernier a déclaré ne pas comprendre ce que le Dr E_____ entendait par " les pathologies invalidantes dont souffre le recourant ont évolué indépendamment des soins hospitaliers et du type d'hospitalisation ("lit B" ou "lit C") ". La Dresse H_____ a également été entendue. Elle a déclaré que de son point de vue, l'hospitalisation était nécessaire et justifiée. Lors de son entrée en fonction, le recourant n'était pas stable. Il venait de présenter une poussée inflammatoire sous forme d'arthrite cristalline et était sous cortico-thérapie. Le 24 mai 2010, il avait présenté un problème aigu qui avait nécessité un transfert aux urgences et une hospitalisation de 48 heures aux HUG en soins intermédiaires. Il s'agissait d'un problème cardiaque. Une fois stabilisé, il avait été à nouveau transféré à

l'Hôpital de Loëx. Il devait être suivi très étroitement car il avait ces problèmes inflammatoires et il avait présenté cette décompensation cardiaque. Durant le mois de juin, son état n'était toujours pas stable, car il avait présenté des infections qui avaient nécessité l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse. Le recourant présentait en outre un affaiblissement de son état général. Il était alité. Ses comorbidités étaient lourdes. Début juillet 2010, après l'amélioration de son état général, la rééducation à la marche avait été reprise car le recourant avait pour objectif un retour à domicile. Fin juillet, il avait présenté une autre infection pulmonaire nécessitant une nouvelle antibiothérapie par voie intraveineuse durant 15 jours, ce qui s'était compliqué par une insuffisance rénale aiguë et une décompensation cardiaque. Vers le 19 ou le 20 août 2010, il avait présenté une nouvelle poussée d'arthrite sur la main droite empêchant à nouveau la reprise du travail de rééducation. Le recourant avait en effet mal, il ne pouvait pas s'appuyer sur un support. Au départ du témoin, le recourant était toujours dans cet état, un peu plus stabilisé par la cortico-thérapie introduite en accord avec le rhumatologue. La rééducation était à chaque fois interrompue par les diverses comorbidités et complications. Le recourant faisait quelques exercices dans la chambre mais il ne pouvait pas aller en salle de rééducation pour faire les exercices que l'on attendait de lui. Il avait cependant le potentiel pour récupérer la marche. Au départ de la Dresse H_____, le Dr J_____ avait pris la suite du traitement. Lors de cette audience, l'intimée a précisé que les soins prodigués n'étaient pas contestés, seul le tarif d'hospitalisation étant en cause. A l'issue de l'audience, un délai a été imparti aux appelés en cause pour produire la lettre de sortie du recourant et à l'intimée pour déposer ses observations. 41. Les appelés en cause se sont exécutés le 29 septembre 2011 en demandant l'audition du Dr J_____. La lettre de sortie établie le 22 novembre 2010 par ce médecin reprend les diagnostics et comorbidités déjà recensés par les autres médecins et signale que la rééducation à la marche a été entravée par les comorbidités, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une escarre sacrée. Il est mentionné que le recourant a bénéficié d'une rééducation à la marche quatre fois par semaine et pouvait à sa sortie marcher sur 30 mètres avec ses cannes et sur une plus longue distance avec son déambulateur, et monter et descendre deux volées de dix marches. La gonarthrose bilatérale sévère s'était décompensée peu après l'arrivée du recourant à l'Hôpital de Loëx, nécessitant une adaptation de l'antalgie et éventuellement une pose de prothèse totale du genou. Le 18 février 2010, une infiltration de l'épaule avait été réalisée avec une bonne évolution clinique des douleurs. Le 4 mars 2010, une rhinite avait été mise en évidence. La perte d'autonomie avait induit une baisse de l'humeur lors de l'hospitalisation. Le 29 mars 2010, il avait présenté une chondrocalcinose au poignet gauche. En avril 2010, le recourant avait eu une tuméfaction douloureuse du 5^{ème} doigt à droite en raison d'une arthrite micro-cristalline, ayant bien évolué sous colchicine. Le 24 mai 2010, il avait été hospitalisé aux HUG pour surveillance rythmique et enzymatique en raison de douleurs rétrosternales et avait présenté un état fébrile avec un membre inférieur rouge et chaud nécessitant un traitement par antibiotiques. A la suite d'un état fébrile survenu en juillet 2010, une bronchopneumonie avait été détectée. 42. L'intimée s'est déterminée le 10 novembre 2011. Elle se réfère au rapport de son médecin-conseil du 27 octobre 2011, qu'elle produit. Le Dr E_____ y affirme qu'à la lecture du rapport de la Dresse H_____, il constate effectivement plusieurs complications. Les complications cardio-vasculaires nécessitent un suivi en lit A, puis en lit B durant quelques jours. Les infections pulmonaires justifient un séjour en lit B durant 3 à 4 semaines. Durant les périodes où le recourant était stable aux plans cardiovasculaire et pulmonaire, la

rééducation n'a pu être réalisée en raison de ses crises de goutte. Il aurait dès lors pu pendant toutes ces semaines être déclassé en "lit C". Les soins qu'il a reçus correspondent à ce type d'établissement. Une crise de goutte et une chondro-calcinose ne nécessitent pas d'hospitalisation et peuvent être traitées à domicile. L'intimée joint également à son écriture un extrait de son système informatique portant sur des décomptes de paiement pour des traitements prodigués du 24 mai au 23 juin 2010 pour la somme totale de 9'059 fr. 35. Elle soutient que sont seules litigieuses les prétentions du recourant du 9 mars au 4 juin 2010, date de la décision, et affirme qu'elle est déjà intervenue du 24 mai au 23 juin 2010. L'audition du Dr J_____ est inutile car la prise en charge par ce médecin est postérieure à cette période et sort du cadre du litige. L'intimée requiert à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un service de gériatrie ou d'un spécialiste en chirurgie orthopédique disposant de l'intégralité du dossier radiologique et demande qu'un délai lui soit cas échéant imparti afin de déposer des conclusions finales. 43. Dans son écriture du 22 novembre 2011, le recourant persiste dans ses conclusions et requiert l'audition du Dr J_____. Il relève en ce qui concerne l'affirmation de l'intimée sur la période du litige qu'il faut en conclure soit que cette affirmation est erronée, soit que l'intimée acquiesce au recours pour la période du 24 juin au 1^{er} novembre 2010. La décision du 4 juin 2010 limite les prestations pour toute la période dès le 9 mars 2010 sans la limiter au 4 juin 2010. De plus, l'intimée s'écarte sans motif du dernier avis donné par son médecin-conseil dans la note du 27 octobre 2011. Par ailleurs, l'avis du Dr E_____ ne saurait justifier un refus de prise en charge durant les périodes où le recourant était stable aux plans pulmonaire et cardiovasculaire. Le médecin-conseil ne précise en effet pas quelles sont ces périodes et les témoignages des Drs G_____ et H_____ démontrent que l'état de santé du recourant n'a jamais été suffisamment stable pour envisager une sortie d'hospitalisation. La fréquence des complications a été telle qu'un suivi rapproché et des traitements ont été nécessaires pendant toute la période. En août 2010, une poussée d'arthrite a ainsi empêché la rééducation. Ainsi, même si l'on considère à l'instar du Dr E_____ qu'un délai de six semaines est suffisant pour le travail de rééducation, l'hospitalisation jusqu'au 1^{er} novembre 2010, soit six semaines après la stabilisation de son état de santé, est pleinement justifiée. 44. Dans leurs déterminations du 24 novembre 2011, les appelés en cause persistent dans leurs conclusions. Ils relèvent s'agissant de l'objet du litige que son cadre n'est pas limité à la période s'arrêtant au 4 juin 2010, l'intimée ayant strictement appliqué sa décision du 4 juin 2010 pendant toute l'hospitalisation du recourant. Il faut donc en conclure que l'intimée considère qu'elle doit payer un montant de 270 fr. par jour dès le 24 juin 2010. Ils allèguent que le Dr E_____ a donné son avis sur la base des rapports que les médecins des différents services lui ont transmis et qu'on peut douter qu'il en ait pris connaissance de manière attentive puisqu'il n'a admis des complications qu'à la lecture du rapport de la Dresse H_____. On peut donc remettre en cause la pertinence de ses premiers avis. De plus, dans son écriture du 10 novembre 2010, l'intimée s'écarte de l'opinion du Dr E_____ puisque celui-ci fonde son avis du 27 octobre 2010 sur le rapport de la Dresse H_____, qui a pris en charge le recourant jusqu'au 30 août 2010. 45. Par courrier du 1^{er} décembre 2011, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. 46. L'intimée a déposé des observations en date du 8 décembre 2011. Elle a sollicité un délai pour le dépôt de conclusions motivées, comme elle l'avait requis dans son écriture du 10 novembre 2011. Elle conteste avoir admis la prise en charge des frais d'hospitalisation du recourant dès le 24 juin 2010. Par ailleurs, les appelés en cause ne

semblent élever aucune prétention à l'encontre du recourant, qui n'a produit aucune facture. Dans la mesure où les appelés en cause ne font pas valoir une créance envers le recourant, ce dernier n'a pas d'intérêt à recourir. !endif]>[if> 47. Par courrier du 12 décembre 2011, la Cour de céans a rappelé à l'intimée que celle-ci avait déjà déposé des conclusions après enquêtes le 10 novembre 2011. Il n'y avait donc pas lieu d'ordonner un nouvel échange d'écritures. !endif]>[if> 48. Par courrier du 16 décembre 2011, l'intimée a objecté qu'un délai lui avait bien été imparti mais pour déposer des observations et non des conclusions. Elle a derechef sollicité un délai à cette fin. !endif]>[if> 49. Par courrier du 17 janvier 2012, la Cour de céans a accordé un ultime délai à l'intimée au 7 février 2012 pour le dépôt de conclusions finales. !endif]>[if> 50. Dans son écriture du 3 février 2012, l'intimée persiste dans ses conclusions sous suite de dépens. Elle allègue qu'elle a versé des montants de 70 fr. par jour du 9 mars au 23 mai 2010, de 959 fr. 35 à titre de montant forfaitaire par cas pour la période du 24 au 25 mai 2010, de 270 fr. par jour pour des soins subaigus du 25 au 31 mai 2010 et de 70 fr. par jour du 24 juin au 31 octobre 2010 en sus d'autres frais de physiothérapie, de radiothérapie et d'analyse. Le recourant ne fait valoir aucun document selon lequel les appelés en cause lui réclament le remboursement de frais, si bien qu'on peut se demander s'il dispose de la qualité pour recourir. Dans la mesure où l'intimée a pris en charge l'hospitalisation en soins aigus puis subaigus du 24 au 31 mai 2010, le recourant ne peut réclamer de prestation pour ces périodes. Son médecin-conseil ne s'est prononcé que sur la période antérieure à la décision du 4 juin 2010 dans son rapport du 15 septembre 2010. Partant, le recourant ne saurait faire valoir de prétentions après cette date. L'intimée réaffirme que selon son médecin-conseil, les comorbidités du recourant ne justifiaient pas une hospitalisation continue. En affirmant que les pathologies invalidantes ont évolué indépendamment des soins, le Dr E_____ voulait dire que des crises de goutte ou des poussées inflammatoires auraient pu se produire dans un établissement médico-social ou à domicile également. Il est au demeurant inexact d'affirmer que le Dr E_____ n'a tenu compte que de l'escarre puisque ce médecin s'est également référé à la gonarthrose et à la tendinite du recourant. Lorsque le recourant est arrivé à l'hôpital, il n'avait plus présenté de crise de goutte depuis décembre 2009 et son escarre était en voie d'amélioration. Le préavis de six semaines du Dr E_____ était ainsi manifestement suffisant. En outre, la jurisprudence a considéré qu'une réadaptation de cinq mois était suffisante pour un assuré né en 1921 et ayant subi un accident vasculaire cérébral. De plus, même des soins intensifs ne justifient aucune hospitalisation car les établissements médico-sociaux doivent disposer de personnel adéquat. On ne peut raisonnablement exiger de l'assurance obligatoire qu'elle prenne en charge la réadaptation d'un assuré né en 1925 pendant presque six mois, surtout si après ce délai, les efforts de rééducation antérieurs sont réduits à néant en raison d'épisodes de poussées inflammatoires. !endif]>[if> 51. Le recourant s'est déterminé le 9 février 2012 en persistant dans ses conclusions. Il soutient que l'argumentation nouvelle de l'intimée, selon laquelle il n'aurait pas d'intérêt à recourir faute de frais facturés par les appelés en cause, est fallacieuse. Il affirme que toutes les prestations non réglées par l'intimée lui ont été facturées et produit les pièces suivantes: !endif]>[if> - rappel du 16 août 2011 portant sur la facture H_____ d'un montant de 17'721 fr. 35; !endif]>[if> - facture H_____ du 5 décembre 2011 émise par les appelés en cause portant sur un montant de 1'676 fr. 05 pour la période du 9 mars au 23 mai 2010 et le décompte y relatif portant sur des médicaments;!endif]>[if> - facture H_____ du 5 décembre 2011 émise par les appelés en cause facture portant sur un montant de 1'676 fr. 05 pour la période du 24 juin au 1 er novembre 2010 et le décompte y relatif portant sur des

médicaments;![endif]>![if> - 2 ème rappel adressé le 9 novembre 2011 par les appelés en cause pour une facture d'un montant de 21'483 fr.;![endif]>![if> - 2 ème rappel adressé le 9 novembre 2011 par les appelés en cause pour une facture d'un montant de 6'727 fr. ![endif]>![if> 52. Dans son écriture du 17 février 2012, l'intimée soutient que les pièces produites par le conseil du recourant à l'appui de ses déterminations du 9 février 2012 ne sauraient être retenues dès lors qu'elles ont été versées au dossier après la clôture de l'instruction. Elle sollicite à titre subsidiaire un délai pour se déterminer sur ces pièces. ![endif]>![if> 53. L'intimée s'est prononcée sur les factures produites par écriture du 2 mars 2012 en soutenant qu'elles doivent être écartées de la procédure en raison de leur tardiveté. Elle allègue par surabondance qu'il en résulte que les appelés en cause exigent uniquement du recourant les médicaments non compris dans le forfait de 70 fr. par jour. Les appelés en cause ne réclament manifestement pas la différence de forfait au recourant si bien que ce dernier n'a pas d'intérêt au recours. Elle persiste dans ses conclusions pour le surplus. ![endif]>![if> 54. Le 5 mars 2012, la Cour de céans a transmis copie de cette écriture aux autres parties en les informant que la cause était gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RSG E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). ![endif]>![if> 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. 2. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget lobal (art. 43 à 55 LAMal).![endif]>![if> Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais d'hospitalisation du recourant durant la période du 9 mars 2010 au 1 er novembre 2010. Les montants des forfaits journaliers applicables aux différents types d'établissements (forfaits "lit B" et "lit C") ne sont en revanche pas contestés. S'agissant du point de savoir si l'objet du litige concerne également la période postérieure à la décision du 4 juin 2010, la Cour de céans relève que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). En l'espèce, la décision attaquée ne limite pas formellement l'objet du litige à la période antérieure à dite décision. L'intimée a de plus eu l'occasion de se déterminer sur l'état de santé du recourant et l'indication à une hospitalisation durant l'intégralité de son séjour à l'Hôpital de Loëx, qui s'est achevé le 1 er novembre 2010. Il sied en outre de souligner que

dans sa réponse du 17 décembre 2010, l'intimée a indiqué que la question litigieuse portait sur la différence entre les montants des différents forfaits du 9 mars au 31 octobre 2010. On comprend ainsi mal qu'elle affirme par la suite que seule la période courant jusqu'à la décision du 4 juin 2010 soit en cause. Partant, la Cour de céans est fondée à statuer sur le droit aux prestations du recourant du 9 mars au 1^{er} novembre 2010. 3. S'agissant de la recevabilité du recours, il faut rappeler que selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. L'intimée soutient que le recourant n'a pas démontré que les appelés en cause auraient exigé de lui le paiement de la différence de forfait et semble implicitement en tirer la conclusion qu'il n'est pas touché par la décision litigieuse. Elle ne peut être suivie sur ce point. En effet, le recourant a produit plusieurs factures non détaillées dont le montant considérable laisse présumer qu'elles sont en lien avec le séjour à l'Hôpital de Loëx. De plus, même si les appelés en cause n'avaient pas encore établi de facture à l'encontre du recourant, cela ne suffirait pas à nier la qualité pour recourir de celui-ci. Un intérêt digne de protection représente tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée. Cet intérêt consiste dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il implique que cet intérêt soit direct et concret, le recourant devant se trouver, avec la décision entreprise, dans un rapport suffisamment étroit, spécial et digne d'être pris en considération. Il doit être touché dans une mesure et avec une intensité plus grande que l'ensemble des administrés (ATF 137 II 40 consid. 2.2). Ainsi, comme cela ressort expressément de la jurisprudence, le préjudice ne doit pas encore s'être réalisé pour que l'intérêt digne de protection soit retenu. Dans ces conditions, même s'il fallait admettre que les appelés en cause n'ont pas requis le paiement des prestations litigieuses au recourant, celui-ci est à l'évidence particulièrement atteint par la décision puisque ceux-ci pourraient se retourner contre lui si elles ne sont pas prises en charge par l'intimée. Son intérêt à obtenir l'annulation de la décision querellée est ainsi manifeste. De plus, on soulignera que l'intimée a notifié sa décision au recourant plutôt qu'aux appelés en cause, reconnaissant ainsi implicitement que celui-ci était directement atteint par cet acte. Il est dès lors pour le moins douteux qu'elle allègue à ce stade de la procédure que le recourant n'a pas la qualité pour recourir. Pour le surplus, le recours a été interjeté dans les forme et délai légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (al. 2 let. d) ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y

sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 43 consid. 2b et les références citées). 5. Aux termes de l'art. 41 al. 1 bis LAMal, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49 a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. L'art. 49 al. 1 LAMal dispose que pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Conformément à l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable. Selon cette disposition, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25 a. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie. 6. L'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation doit choisir l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Aussi une caisse n'a-t-elle pas à prendre en charge au titre de l'assurance de base les coûts supplémentaires découlant du fait que l'assuré se rend dans une clinique spécialisée dans les traitements intensifs - et partant plus coûteuse - bien que son état ne nécessite pas un tel traitement et qu'il aurait pu être soigné aussi bien dans un établissement plus simple et moins onéreux. De même, l'assuré dont l'état nécessite un traitement hospitalier ne peut prétendre des prestations plus élevées que celles qui sont prévues par la loi ou les dispositions statutaires, lorsqu'il est contraint de séjourner dans une clinique dont les prix sont élevés, parce qu'il ne trouve pas de place dans un établissement ou une division moins chers, correspondant à la catégorie de malades à laquelle il appartient. Par ailleurs, une caisse n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré, dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation, continue de séjourner dans un tel établissement parce que, par exemple, il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social (ATF 125 V 177 consid. 1b). Le seul fait de séjourner en milieu hospitalier ne donne pas droit aux prestations d'hospitalisation (ATF 99 V 70 consid. 3). La prise en charge des frais d'hospitalisation n'entre pas en considération si le traitement peut tout aussi bien être appliqué de manière ambulatoire (ATFA non publié K 30/06 du 7 mai 2007, consid. 4.1) 7. Il est dans l'intérêt tant des assurés que des assureurs-maladie de distinguer clairement les notions de traitement ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier. La loi, respectivement les

conventions tarifaires et les tarifs édictés par les gouvernements cantonaux font une nette distinction entre ces trois formes de traitements médicaux et prévoient des modalités d'indemnisation des assurés et de prise en charge des frais fort différentes. Cette distinction est en particulier nécessaire pour déterminer le tarif applicable, le choix du fournisseur de prestations, l'étendue de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et la participation aux coûts des assurés (ATFA non publié K 28/05 du 14 septembre 2005, consid. 3.1). L'art. 49 al. 4 LAMal suppose ainsi que l'on opère une distinction entre le besoin d'hospitalisation pour le traitement d'affections aiguës et pour des mesures de réadaptation d'une part et le besoin de soins d'autre part. Ces deux notions sont parfois difficiles à délimiter et le médecin traitant doit disposer d'un certain pouvoir d'appréciation (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, 2^{ème} éd., n. 396 p. 528; ATF 124 V 362 consid. 2c).

La loi ne donne pas de définition des mesures de réadaptation au sens de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal. Les mesures médicales de réadaptation se caractérisent par le fait que le traitement de la maladie est en lui-même terminé et que des formes de thérapie sont mises en place pour les suites du traitement. La réadaptation médicale est consécutive au traitement proprement dit de l'affection et vise, au moyen de mesures médicales, à éliminer, en totalité ou en partie, le dommage causé aux capacités physiques ou psychiques. Dans le cas de maladies chroniques, elle sert à maintenir, voire à améliorer, les fonctions restantes. Elle peut tendre à une réinsertion professionnelle, fonctionnelle ou sociale. La réadaptation médicale peut avoir lieu sous forme ambulatoire, en milieu semi-hospitalier, dans un établissement de cure ou de soins ou encore dans une clinique spécialisée en la matière, auquel cas un séjour en milieu hospitalier doit être nécessaire. La nécessité d'un séjour en milieu hospitalier se détermine d'après l'intensité du traitement, le degré du handicap, le genre de soins requis, la gravité de la maladie principale ou la survenance de complications sous la forme de nouvelles maladies venant s'ajouter à celles déjà présentes (ATF 126 V 323 consid. 2c; EUGSTER, op. cit., n°403ss p. 530).

8. La condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATFA non publié K 186/00 du 14 mai 2001, consid. 2b). L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès (ATF 126 V 323 consid. 2a; ATFA non publié K 6/04 du 11 janvier 2005, consid. 2).

Pour établir si une hospitalisation est nécessaire, seul l'état de santé au moment de l'hospitalisation est déterminant (ATF 120 V 200 consid. 6a). La santé de l'assuré à la sortie de l'établissement hospitalier n'est ainsi pas décisive. La guérison de l'assuré ou l'amélioration de sa santé ne sauraient, en règle générale, entraîner la reconnaissance a posteriori de la nécessité de son hospitalisation. A l'inverse, on ne saurait déduire de ce qu'il n'y a pas eu de complications graves durant l'hospitalisation que l'assuré n'avait pas besoin d'une surveillance continue et de soins infirmiers constants (Guy LONGCHAMP, *Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale*, thèse, Berne 2004, p. 382). La jurisprudence a ainsi admis la nécessité d'une hospitalisation dans les cas suivants: assurée âgée de 97 ans ayant subi une fracture de la jambe et devant suivre une rééducation difficile selon les

médecins afin de recouvrir sa mobilité et son autonomie (RJAM 1982 n°477 p. 41); séjour de remobilisation, réhabilitation et amaigrissement après un infarctus (RJAM 1978 n°331 p. 170); assurée de 75 ans impotente et souffrant d'une affection sanguine stabilisée (RJAM 1969 n°48 p. 99); réhabilitation cardiaque, cependant limitée à trois semaines (ATFA non publié K 184/00 du 9 octobre 2001); psoriasis grave avec échec des traitements ambulatoires (RKUV 1985 n° K 621 p. 85); fracture de l'humérus et douleurs nécessitant de la physiothérapie chez une assurée de 78 ans (ATFA non publié K 158/00 du 11 juin 2001). Elle l'a en revanche niée pour l'hospitalisation de deux mois une à deux fois par an d'un assuré presque hémiplégique à la suite d'un accident vasculaire cérébral sévère survenu six ans auparavant, en raison de l'utilité discutable de la physiothérapie dans un tel cas (RAMA 2000 KV n°135 p. 338); en cas de séjour n'incluant que de brèves séances de gymnastique non quotidiennes chez une assurée souffrant d'artériosclérose (RAMA 1999 KV n° 60 p. 31); pour un séjour en clinique en raison d'un état d'épuisement (ATFA non publié K 112/01 du 17 juin 2002) et enfin chez une assurée sexagénaire ayant subi une pose de prothèse de la hanche et pouvant se déplacer au moyen de béquilles, le séjour post-opératoire en clinique ayant été qualifié de convalescence (ATFA non publié K 180/00 du 22 août 2001).

9. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). La jurisprudence se réfère également à ces critères pour examiner la valeur probante de rapports médicaux lorsqu'il s'agit d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation (ATFA non publié K 50/03 du 3 décembre 2003, consid. 7).

10. Il convient en premier lieu de se pencher sur les différents rapports des médecins et les conclusions qu'on peut en tirer quant à la nécessité d'un séjour hospitalier plutôt qu'en établissement médico-social pour le recourant après le 9 mars 2010.

S'agissant des prises de position du Dr E _____, elles ne répondent pas aux critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. En premier lieu, il faut relever que son avis du 13 janvier 2010 se fonde sur des prémisses erronées. En effet, le médecin-conseil y affirme qu'il ressort des informations recueillies que le recourant pouvait marcher à la fin de son séjour à l'Hôpital de Beau-Séjour. Ce point de vue ne résiste cependant pas à l'examen. La Dresse I _____ F _____ a certes fait état dans son rapport du 1^{er} février 2010 d'une nette amélioration avec une reprise progressive de la mobilisation. Elle n'a toutefois aucunement signalé que le recourant pouvait marcher. Cette indication ne ressort pas non plus de son rapport du 8 février 2010. Si tel avait été le cas, il est vraisemblable que ce médecin n'aurait pas évoqué la nécessité d'une physiothérapie intensive. Par ailleurs, l'évolution favorable signalée pour les escarres ne signifie pas que ces lésions étaient guéries. Les rapports de la Dresse I _____ F _____ et de ses confrères de l'Hôpital de Loëx ne sont dès lors nullement contradictoires. Quant à la détermination du Dr E _____ du 11 mars 2010, elle est pour le moins lacunaire, puisqu'elle consiste en une

annotation manuscrite " Maintien lit C " sur le rapport du Dr G _____ et en la mention " Lit C " en marge de certains traitements. Si certains des soins mis en place peuvent en théorie être dispensés dans un contexte ambulatoire - tels que par exemple la consultation de rhumatologie ou les examens de radiologie -, il ne faut cependant pas perdre de vue qu'il y a lieu de prendre en compte l'ensemble des atteintes et l'état de santé d'un assuré dans sa globalité pour évaluer la nécessité d'un séjour hospitalier. Or, il n'existe aucun rapport dans lequel le Dr E _____ se prononce de façon circonstanciée sur l'ensemble des pathologies du recourant et leurs éventuelles interférences. Ses différents avis se concentrent en effet chacun sur des atteintes prises isolément: il évoque uniquement la mobilité et l'escarre dans son avis du 13 janvier 2010, ne traite que des crises de goutte et des tuméfactions des genoux dans son avis du 16 décembre 2010, se réfère seulement à l'escarre dans son avis du 17 juin 2011 et aux crises de goutte et chondrocalcinoses dans sa note du 27 octobre 2011. Le Dr E _____ a au demeurant reconnu dans ce dernier document qu'il ignorait jusque-là l'existence de plusieurs complications, de sorte que ses prises de position antérieures ne peuvent emporter la conviction de la Cour de céans puisqu'elles ne reposent pas sur une connaissance complète du dossier. Le médecin-conseil de l'intimée admet d'ailleurs explicitement la nécessité d'une hospitalisation en lit B pendant plusieurs jours à plusieurs semaines lors des complications cardiovasculaires et pulmonaires du recourant dans ce même avis, sans pourtant que cela n'amène l'intimée à reconsidérer sa décision. Le médecin-conseil justifie également sa position par le fait que certaines pathologies invalidantes du recourant ont évolué indépendamment des soins hospitaliers. L'intimée a exposé que le Dr E _____ entendait par là que les comorbidités se seraient également produites dans un établissement médico-social. Cet argument n'est cependant pas pertinent. On ne voit en effet pas en quoi l'aggravation de l'état de santé d'un assuré alors qu'il est hospitalisé permet de conclure que son hospitalisation n'était pas nécessaire. En outre, ces atteintes, en lien avec les autres comorbidités, justifiaient précisément le séjour en lit B du recourant afin d'être traitées selon une approche multidisciplinaire. De plus, le Dr E _____ a souligné que la goutte se traitait notamment par immobilisation. Si une immobilisation peut également se faire en établissement médico-social, en l'espèce, compte tenu des nombreuses autres comorbidités du recourant, de l'instabilité de son état et des nombreux soins nécessaires, seul un séjour en lit B est adapté, conformément aux conclusions des médecins de l'Hôpital de Loëx. On ne peut donc suivre l'intimée lorsqu'elle affirme que durant les crises de goutte, le recourant aurait pu être déplacé en établissement médico-social. En effet, à l'exception de la physiothérapie, les autres soins devaient continués d'être dispensés et l'état de santé du recourant n'était pas assez stable pour un séjour en établissement médico-social, comme le démontrent les nombreuses complications survenues. Par ailleurs, du point de vue pratique, il paraît difficile d'organiser à très brève échéance un transfert en établissement médico-social pour la durée d'une crise de goutte - par essence imprévisible et dont le décours est subordonné aux réactions au traitement - puis d'assurer un retour à l'hôpital pour la reprise des mesures de réadaptation dès l'épisode passé. Enfin, dans son avis du 17 juin 2011, le Dr E _____ a admis la nécessité d'un séjour hospitalier de six semaines pour la réadaptation. Il n'est donc pas contesté qu'à la date du transfert du recourant à l'Hôpital de Loëx, le recourant avait besoin d'une hospitalisation. Or, comme cela ressort de la doctrine citée, l'élément déterminant pour apprécier la nécessité d'un séjour à l'hôpital est l'état de santé d'un assuré lors de son entrée et on ne peut nier rétrospectivement une telle nécessité au motif que le traitement qui a été prodigué n'a pas amené l'amélioration escomptée dans le délai de guérison usuel. De

plus, conformément à la jurisprudence, le droit à l'hospitalisation subsiste aussi longtemps que le traitement peut améliorer l'état de santé d'un assuré. Ainsi, le ralentissement du processus de guérison et de réadaptation en raison d'autres comorbidités ne suffit pas à nier le droit d'un assuré d'être soigné à l'hôpital si un tel séjour est nécessaire. Il sied d'ajouter que les soins prodigués ont en l'espèce bien amené les résultats espérés puisque le recourant a pu regagner son domicile. Le rapport du Dr G _____ du 5 mars 2010 contient une anamnèse complète, des diagnostics précis et relate les difficultés du recourant. Il expose également de manière claire le traitement envisagé en indiquant quels sont les soins nécessaires au regard des atteintes du recourant. Ses conclusions sur le besoin d'un séjour à l'hôpital sont motivées puisque ce médecin expose les différents facteurs rendant indispensable l'hospitalisation. On doit dès lors considérer que ce document correspond aux exigences en matière de valeur probante au sens de la jurisprudence. Les rapports de la Dresse H _____ sont également détaillés et précis et expliquent de manière convaincante les raisons médicales justifiant la poursuite du séjour du recourant à l'Hôpital de Loëx. Aux termes de ces rapports, la multiplicité des atteintes, l'instabilité de l'état de santé du recourant, la nécessité d'une rééducation et les divers soins à prodiguer concourent à rendre indispensable un séjour à l'hôpital, ce que ces médecins ont répété lors des audiences. S'agissant du Dr J _____, la lettre de sortie qu'il a rédigée confirme également la nécessité d'un séjour hospitalier jusqu'au 1^{er} novembre 2010 dès lors qu'il fait état des mêmes diagnostics et comorbidités que ses confrères et atteste des mesures de réadaptation entreprises une fois l'état de santé du recourant stabilisé. Les critiques du Dr E _____ et de l'intimée sur les conclusions unanimes des médecins qui ont suivi le recourant à l'Hôpital de Loëx ne suffisent pas à les remettre en cause. Si le médecin-conseil de l'intimée se contente de qualifier le rapport du Dr G _____ de non convainquant, il n'indique pas en quoi celui-ci serait erroné et semble tirer cette appréciation de la contradiction qu'il croit - à tort comme on l'a vu - déceler par rapport aux informations fournies par la Dresse I _____ F _____. L'intimée a quant à elle fait valoir dans son écriture du 17 décembre 2010 que le Dr G _____ n'aurait pas établi de projet thérapeutique ni pronostiqué de durée d'hospitalisation. Or, la demande de prise en charge du 5 mars 2010 indique expressément que le séjour a pour buts la physiothérapie, la rééducation et les adaptations thérapeutiques, de sorte que l'argument de l'intimée tombe à faux. S'agissant de l'absence d'indication sur la durée d'hospitalisation prévue, on voit mal la pertinence d'une telle information s'agissant d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation dans le cas du recourant, dont l'état non stable rendait difficile un tel pronostic. Au demeurant, en vertu de son obligation d'instruire le dossier, il appartenait à l'intimée d'interpeller le médecin traitant afin d'obtenir ces informations si elle considérait qu'elles étaient indispensables pour statuer sur la demande de garantie. Par ailleurs, un des buts primaires du séjour à l'Hôpital de Loëx consistait en des mesures de réhabilitation sous forme de physiothérapie et de rééducation intensives à la marche, étant rappelé que le recourant n'était pas capable de marcher lors de son transfert dans cet établissement. Il ne fait pas de doute que de telles mesures correspondent à la définition donnée par la jurisprudence et la doctrine aux mesures de réadaptation, celles-ci visant comme en l'espèce à permettre à un assuré de recouvrer certaines fonctions telles que la marche. A cet égard, il convient de relever une contradiction dans les déterminations du médecin-conseil de l'intimée. Dans son avis du 29 avril 2010 - qui n'est pas motivé et ne discute pas les arguments qui lui permettent de s'écarter de l'appréciation du médecin traitant - le médecin-conseil affirme maintenir son préavis autorisant un séjour d'un mois à l'Hôpital de

Loëx. On notera en préambule qu'on ne trouve pas trace d'un tel préavis, qui ne correspond pas à la durée de l'hospitalisation à Loëx initialement prise en charge par l'intimée. Cela étant, le Dr E_____ semble déjà implicitement admettre qu'une hospitalisation à des fins de réadaptation est nécessaire. Cela est confirmé par ses prises de position ultérieures selon lesquelles une durée d'hospitalisation de six semaines correspondrait aux orientations de la Dresse I_____ F_____. Au vu de ces appréciations, il est contradictoire d'affirmer que les différents soins et traitements, comprenant ceux visant la réadaptation, auraient pu être prodigués dans le cadre d'un simple établissement médico-social. S'agissant de la durée du séjour de réadaptation, le médecin-conseil de l'intimée l'a estimée en se fondant sur des renseignements recueillis auprès de la Dresse I_____ . Cependant, comme on l'a vu, les conclusions qu'il a tirées des informations fournies par ce médecin ne sont pas fondées. Il convient d'ajouter que si l'intimée soutient que le Dr E_____ aurait préavisé d'une prise en charge de six semaines pour le séjour de rééducation et affirme que cette durée était suffisante, ce n'est en réalité que par avis du 17 juin 2011, soit après la décision sur opposition, que ce laps de temps a été articulé par le médecin-conseil. De plus, la nécessité d'une hospitalisation n'a en réalité même pas été admise pour cette durée par l'intimée. Le 4 février, l'intimée a en effet garanti la prise en charge en division commune jusqu'au 18 février seulement. Le 11 mars 2010, soit moins de six semaines après le transfert du recourant à l'Hôpital de Loëx, le médecin-conseil de l'intimée a confirmé que seule la prise en charge correspondant aux tarifs d'un établissement médico-social était nécessaire. Le 29 avril 2010, le Dr E_____ a finalement préavisé d'une prise en charge d'un mois. On comprend dès lors mal que l'intimée affirme avoir initialement donné son accord à un séjour de réadaptation de six semaines censé suffire à la rééducation du recourant et à la guérison de l'escarre sacrée. L'intimée affirme encore qu'il n'est pas raisonnable de mettre à sa charge un séjour de cinq mois à des fins de réadaptation. Sur ce point, elle ne saurait être suivie. La loi ne connaît en effet pas de restriction temporelle à la prise en charge d'un séjour hospitalier, contrairement au système prévu dans l'ancienne loi (art. 12 al. 2 ch. 4 aLAMA), qui prévoyait une limite de 720 jours en cas d'hospitalisation (Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 133). L'intimée doit donc prendre en charge les frais de séjour du recourant, même si son hospitalisation a été plus longue qu'elle ne l'aurait été pour un assuré mieux portant et ne rencontrant pas de complications. L'intimée requiert la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer la nécessité de l'hospitalisation. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, les rapports médicaux des médecins traitants sont suffisamment étayés pour permettre à la Cour de céans de statuer dans la présente cause, si bien que la mise en œuvre d'une telle mesure s'avère superflue. Compte tenu de ces éléments, la nécessité d'une hospitalisation doit être admise.

11. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis et le recourant a droit à la prise en charge de son séjour à l'Hôpital de Loëx du 9 mars au 1^{er} novembre 2010 au tarif "Lit B", à

l'exception des périodes durant lesquelles il a été hospitalisé en soins aigus et pour lesquelles l'intimée est déjà intervenue au tarif correspondant. Le recourant obtenant gain de cause, il a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). Tel est également le cas des appelés en cause (KIESER, op. cit. , n. 115 ad art. 61; ATF 105 V 111 consid. 3). Ceux-ci doivent être fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que les mandataires ont dû y consacrer (ATFA non publié I 699/04 du 23 janvier 2006, consid. 2). Compte tenu du nombre d'écritures et d'audiences tenues, il convient en l'espèce de fixer l'indemnité de dépens à 4'500 fr. pour le recourant et à 2'000 fr. pour les appelés en cause. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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