

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1462/2016

ATAS/767/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2016

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY

recourante

contre

SWICA ASSURANCE MALADIE SA, Direction générale, sise
Römerstrasse 38, WINTERTHUR, représentée par SWICA
Organisation de Santé, Service juridique

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1928, est assurée auprès de SWICA assurance-maladie SA (ci-après l'assureur-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour plusieurs assurances complémentaires (assurances Completa top et Completa praeventa) depuis le 1^{er} mars 1960.
2. Suite à une diminution de la vision de l'œil droit, l'assurée a bénéficié d'une vitrectomie en date du 8 septembre 2015, laquelle s'est compliquée d'une hémorragie intraoculaire.
3. Le 19 septembre 2015, l'assurée a présenté une sensation de malaise dans la rue, avec une chute en arrière ayant notamment eu pour conséquence une perte de connaissance transitoire. Après être revenue à elle, l'assurée a été emmenée aux urgences des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), où les médecins ont diagnostiqué un traumatisme crânien, un hématome du scalp postérieur, un volumineux hématome fessier gauche sous cutané et un hématome du muscle grand-glutéal.
4. Le même jour, elle a été transférée au service de médecine interne de réhabilitation (SMIR) de l'hôpital de Beau-Séjour et une demande de garantie de la prise en charge de l'hospitalisation a été adressée à l'assureur-maladie. Les diagnostics alors posés étaient les suivants : chute et impotence fonctionnelle sans anticoagulation (stoppée le 8 septembre en raison d'une vitrectomie compliquée d'une hémorragie), status post vitrectomie avec hémorragie intra-oculaire, suivie en ophtamologie, facteurs de risques cardio-vasculaires (FRCV) avec atteinte de l'organe cible (lacune au CT cérébral) chez une patiente souffrant d'une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire (AC pour FA) ainsi que d'une insuffisance rénale avec hypokaliémie. L'assurée présentait par ailleurs les antécédents et comorbidités suivants : status post vitrectomie le 8 septembre compliqué d'une hémorragie intraoculaire, hypercholestérolémie, status post-appendicectomie, status post-amygdalectomie, status post-cholecystectomie et status post-ménisque droit déchiré, la comorbidité active étant la fibrillation auriculaire coagulée. Le but du séjour était la réadaptation à la marche avec un projet de retour à domicile, étant précisé que l'assurée était désormais malvoyante.
5. Le 22 septembre 2015, le SMIR a adressé une nouvelle demande de garantie à l'assureur-maladie.
6. Par courrier du 25 septembre 2015, l'assureur-maladie a garanti la prise en charge jusqu'au 13 octobre 2015.
7. Le 15 octobre 2015, la doctoresse B_____, cheffe de clinique auprès du SMIR, a requis la prolongation de la garantie jusqu'au 22 octobre 2015 en raison de complications ophtalmologiques sous forme d'une possible conjonctivite, d'une cécité post-opératoire résiduelle de l'œil droit, la patiente étant au surplus très dépressive de sorte qu'un retour à domicile (RAD) était impossible. Un transfert à l'hôpital de Loëx pour la poursuite de la réhabilitation était visé. Vu le risque de

limitations légères dans la vie quotidienne, le pronostic était celui d'un retour à la maison avec la mise en place éventuelle ou le renforcement de l'encadrement de soins ambulatoires. Quant aux raisons médicales justifiant la prolongation de l'hospitalisation, elles consistaient en des soins médicaux intégrés (p. ex. pneumologie, cardiologie, oncologie, infectiologie, rééducation).

8. Le 19 octobre 2015, une nouvelle demande de prolongation au 29 octobre 2015 a été formulée par le docteur C_____, médecin agrégé auprès du SMIR. Après avoir répété les diagnostics et les traitements, le médecin précité a considéré que l'assurée présentait des symptômes modérés à sévères avec perte de fonction et qu'elle souffrait d'une pathologie chronique et/ou d'un risque de limitation(s) permanente(s) dans la vie quotidienne, ce qui impliquait éventuellement la nécessité d'un transfert ultérieur en unité de soins continus ou en secteur « C » (EMS, lits de fin de traitement) ou un retour à domicile nécessitant la mise en place ou le renforcement de l'encadrement ambulatoire. Les raisons médicales justifiant la prolongation de l'hospitalisation étaient les suivantes : suivi des constantes vitales et adaptations thérapeutiques nécessitant des soins stationnaires, soins médicaux intégrés (p. ex. pneumologie, cardiologie, oncologie, infectiologie, rééducation) et séances de physiothérapie/rééducation spécialisée intensive.
9. L'assureur-maladie a soumis la demande de prolongation de garantie à son médecin-conseil, dont l'identité et la spécialisation ne figurent pas au dossier remis à la chambre de céans, lequel a considéré, en date du 21 octobre 2015, que la prolongation devait être accordée jusqu'au 29 octobre 2015, avec l'espoir qu'un retour à domicile fût possible à cette date. Si tel ne devait pas être le cas, un passage en « lit C » était exigible.
10. Le 22 octobre 2015, l'assurée a été transférée à l'hôpital de Loëx, site des HUG spécialisé en réadaptation médicale.
11. Par courrier du 23 octobre 2015, dont une copie a été envoyée à l'assurée à son domicile, l'assureur-maladie a considéré qu'un transfert pouvait être envisagé prochainement au vu de la demande de prolongation de garantie du 19 octobre 2015 précitée. Toutefois, si les médecins traitants n'étaient pas du même avis, il leur appartenait de justifier la prolongation du séjour en gériatrie. Dans l'immédiat, à partir du 30 octobre 2015, seules les prestations relatives à celles d'un EMS, à savoir un montant forfaitaire de CHF 79.- par jour, correspondant au forfait « PLAISIR » pour les personnes en attente d'évaluation, serait versé.
12. Le 2 novembre 2015, le docteur D_____, chef de clinique auprès du service de réadaptation médicale de l'hôpital de Loëx, a requis une nouvelle prolongation de la garantie, au 6 décembre 2015, en rappelant les diagnostics déjà mentionnés qu'il a notamment complétés avec ceux de ménisque droit déchiré et de malnutrition protéino-énergétique. Les traitements et investigations effectués étaient les suivants : évaluation de la douleur, adaptation du traitement antalgique opiacé et paracétamol, ergothérapie pour positionnement au lit et au fauteuil roulant vu

l'hématome à la fesse douloureux, physiothérapie de mobilisation, travail d'équilibre, renforcement musculaire et rééducation à la marche, surveillance clinique de l'hématome, suivi biologique de la formule sanguine ainsi que des paramètres nutritionnels, imagerie en fonction de l'évolution, bilan ferrique, bilan alimentaire, suivi par le service d'ophtalmologie, bilan hydrique, micro albuminurie et consultation de néphrologie, électrocardiogramme et adaptation du traitement anticoagulant par Sintrom. Au vu de l'état de santé de l'assurée et des soins requis, la prise en charge ne pouvait toujours pas être poursuivie dans un autre lieu de réhabilitation ou ambulatoire. Cela étant, les pathologies dont souffrait l'assurée nécessitaient un transfert ultérieur en unité de soins continus ou en secteur « C » (EMS, lits de fin de traitement) ou un retour à domicile avec la mise en place ou le renforcement de l'encadrement ambulatoire.

13. L'assureur-maladie a soumis cette nouvelle demande à son médecin-conseil, dont l'identité et la spécialisation ne figurent pas au dossier, lequel a relevé, en date du 5 novembre 2015, que les arguments invoqués pour prolonger le séjour en EMS (recte à l'hôpital de Loëx) étaient la nécessité d'adapter l'antalgie, le besoin d'ergothérapie pour mieux positionner la patiente en raison de ses douleurs et la mobilisation. Pour le médecin-conseil, ces traitements pouvaient également être effectués en EMS de sorte qu'il laissait le choix à l'assureur-maladie de décider s'il était plus économique de payer le « lit B » tout inclus à l'hôpital ou le prix EMS, probablement avec un degré de soins de 3, ainsi que de l'ergothérapie.
14. Par courrier du 12 novembre 2015, l'assureur-maladie a relevé que son service médical était d'avis qu'au vu des pièces transmises, les traitements encore nécessaires ne justifiaient plus en séjour en lit « B », de sorte que les termes du courrier du 23 octobre étaient maintenus.
15. L'assurée a pu rentrer chez elle le 17 novembre 2015.
16. Le même jour, Madame E_____, responsable administrative, et le Dr D_____ ont informé l'assurée que son assureur-maladie avait décidé de ne plus prendre en charge le séjour hospitalier à partir du 30 octobre 2015, considérant que l'hospitalisation n'était médicalement plus indiquée depuis cette date. En d'autres termes, à compter de la date précitée, l'assureur-maladie ne participait qu'à hauteur de CHF 79.- par journée aux frais de son hospitalisation, la différence de CHF 217.- par jour restant à sa charge. Les HUG étaient dès lors contraints de lui facturer la période de son séjour hospitalier non couverte par son assureur. En cas de désaccord, elle devait solliciter une décision formelle de la part de son assureur-maladie afin de pouvoir la contester par les voies de droits usuelles.
17. Par courrier du 27 novembre 2015, l'assurée a sollicité de son assureur-maladie la notification d'une décision formelle portant sur la question de la prise en charge de son hospitalisation.
18. Le 4 décembre 2015, les HUG ont adressé à l'assurée deux factures, de CHF 3'689.- pour l'une et de CHF 157.70 pour l'autre.

19. Par décision formelle du 18 décembre 2015, l'assureur-maladie a limité sa prise en charge à CHF 79.- par jour à compter du 30 octobre 2015.
20. Le 5 janvier 2016, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, expliquant qu'elle avait subi une importante opération de son œil droit, avec des complications qui lui avaient fait perdre la vision. Au vu de ses difficultés pour réapprendre à marcher et à s'orienter suite à la perte de vision, les HUG avaient décidé de la transférer à l'hôpital de Loëx pour convalescence. Un retour à son domicile fin octobre était dès lors exclu, la prise en charge par un service d'aide et de soins à domicile étant prématurée. Le courrier du 23 octobre 2015 ayant été adressé en priorité aux HUG, avec copie à son attention à son domicile, elle n'avait pas eu la possibilité de contester la prise de position de l'assureur-maladie. Par ailleurs, elle ignorait le contenu de la demande de prolongation adressée le 2 novembre et les éléments sur lesquels l'assureur-maladie s'était fondé pour mettre un terme à la prise en charge des frais d'hospitalisation dès le 30 octobre 2015. Toutefois, elle confirmait qu'en date du 2 novembre 2015, elle n'était pas en mesure de rentrer chez elle. Par conséquent, une sortie n'était à ce moment pas envisageable.
21. Le 7 janvier 2016, les HUG ont adressé une troisième facture à l'assurée, d'un montant de CHF 434.-.
22. Selon l'inscription manuscrite apposée sur les trois factures envoyées par les HUG, l'assurée s'est acquittée de leur paiement en date du 18 janvier 2016.
23. Par décision sur opposition du 19 avril 2016, l'assureur-maladie a confirmé les termes de sa décision du 18 décembre 2015, expliquant que son médecin-conseil avait considéré qu'à compter du 30 octobre 2015, les soins nécessaires ne correspondaient plus à ceux de la catégorie du « lit B » de sorte que c'était à juste titre qu'il avait réduit ses prestations au tarif d'un EMS, à savoir CHF 79.- par jour, pour la période du 30 octobre au 17 novembre 2015.
24. Le 9 mai 2016, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et à l'établissement d'un nouveau décompte avec prise en charge des coûts selon la facture du 4 décembre 2015. A l'appui de ses conclusions, la recourante a expliqué qu'à aucun moment au cours de son hospitalisation, l'assureur-maladie (ci-après : l'intimé) ne lui avait notifié sa décision de ne plus prendre en charge les soins à l'hôpital de Loëx. Elle avait été mise devant une décision au sujet de laquelle elle n'avait pas été consultée. Enfin, elle a considéré que l'intimé aurait dû lui adresser, avant le 1^{er} novembre 2015, sa décision de ne plus prendre en charge les soins hospitaliers.
25. L'intimé a répondu en date du 7 juin 2016, concluant au rejet du recours. A l'appui de sa position, il a notamment relevé qu'une copie du courrier du 23 octobre 2015 avait été adressée à la recourante. Pour le surplus, il a repris les arguments déjà évoqués dans la décision sur opposition.
26. Par courrier du 17 juin 2016, la recourante a relevé qu'elle n'avait pu prendre connaissance du courrier du 23 octobre 2015 qu'à son retour à domicile, de sorte

qu'elle n'avait pas eu la possibilité de défendre ses intérêts. Par ailleurs, l'assureur-maladie avait clairement violé son devoir d'information, dès lors qu'il était tenu de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations et notamment sur le droit de demander une décision formelle.

27. Après transmission du courrier précité à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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 global (art. 43 à 55 LAMal).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais d'hospitalisation de la recourante durant la période du 30 octobre au 17 novembre 2015.
5. a. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou 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).
- b. 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) (art. 41 al. 1^{bis} LAMal).

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 (art. 49 al. 1 LAMal).

c. Selon 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, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire. Selon l'art. 39 al. 3 LAMal, sont considérés comme des établissements médicaux sociaux, les institutions et les divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée.

6. a. L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose ainsi l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 323 consid. 2b p. 326, 120 V 200 consid. 6a p. 206 et les références, voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/04 du 11 janvier 2005, consid. 2).

b. Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 186/00 du 14 mai 2001, consid. 2b), la condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal (art. 49 al. 4, première phrase LAMal) est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATF 125 V 181 consid. 2c). Si tel n'est pas le cas, la rémunération s'effectue conformément à la réglementation prévue à l'art. 50 LAMal en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 49 al. 4, seconde phrase LAMal).

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, 2004, p. 382).

c. Lorsque la condition du traitement n'est plus réalisée, on devrait conclure qu'en l'absence d'une disposition contraire, le droit à la prise en charge des frais d'hospitalisation s'éteint avec effet immédiat et sans délai d'adaptation. Cela serait toutefois contraire aux intérêts légitimes de l'assuré, qui ne nécessite plus un traitement hospitalier comme précédemment mais qui doit être accueilli en milieu stationnaire (EMS ou division analogue) et qui, dans l'optique d'un placement doit prendre des mesures. C'est pourquoi, dans une telle hypothèse, la jurisprudence constante rendue par le Tribunal fédéral des assurances puis par le Tribunal fédéral prévoit d'accorder si nécessaire à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë une brève période d'adaptation d'un mois au plus pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type. Ainsi, il est tenu compte de l'intérêt de l'assuré conformément à l'art. 56 al. 1 LAMal (ATF 124 V 362 consid. 2c; 115 V 38 consid. 3d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_794/2011 du 28 février 2012 consid. 2.2, in: SVR 2012 KV n° 16 p. 59; arrêts du Tribunal fédéral des assurances 20/06 du 20 octobre 2006 consid. 4.1 ; K 175/05 du 12 avril 2006 consid. 2.2; K 44/05 du 20 octobre 2005 consid. 2.4; K 56/00 du 29 janvier 2001 consid. 1a; Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, n. 23 ad art. 49 LAMal (ci-après: EUGSTER 2010) ; Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer (éd.), Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Tome XIV, 2e éd. 2016, p. 544 n°453 (ci-après: EUGSTER 2016) ; Guy LONGCHAMP, *op. cit.*, p. 399 s.; Hardy LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 1995, p. 323 n. 452).

A noter que la période d'adaptation ne peut commencer à courir que dès le moment où le médecin traitant ou l'assurance informe l'assuré que la nécessité d'une hospitalisation n'est plus reconnue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 175/05 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 44/05 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 179/04 let. A et consid. 2.2.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 180/04 let. A et consid. 2.3; LONGCHAMP, *op. cit.*, p. 400).

7. a. 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).

b. 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 30/06 du 7 mai 2007, consid. 4.1)

8. En résumé, l'assuré dont l'état nécessite une hospitalisation a le choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie. Cela étant, il doit opter pour l'établissement hospitalier ou la division qui correspond à la catégorie de malades à laquelle il appartient (lits A – maladie aiguë – ou lit B – réadaptation médicale en milieu hospitalier). Par ailleurs, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal, le séjour dans un hôpital, au tarif des établissements hospitaliers n'est possible que tant que l'assuré a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins en raison d'une maladie aiguë (lits A) ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier (lits B). Cette condition est réputée réalisée tant que l'on peut attendre du traitement une amélioration sensible de l'état de santé. Lorsque cette condition n'est plus remplie, - en d'autres termes lorsque le besoin de traitement se transforme en besoins de soins – il s'agit d'un séjour hospitalier sans indication médicale, lequel est pris en charge par l'assureur-maladie au tarif applicable dans les EMS (lits C). Dans cette dernière hypothèse, à savoir lorsque le patient continue à séjourner dans un hôpital (lits A ou B) alors qu'il n'y a pas d'indication médicale, l'assureur-maladie doit lui accorder, si nécessaire, une brève période d'adaptation d'un mois au maximum pour lui permettre de se rendre dans un EMS ou une division de ce type (lits C – voir Stéphanie PERRENOUD, Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences ? in RSAS 2015 p. 415ss).
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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/03 du 3 décembre 2003, consid. 7).

10. En l'espèce, la recourante a été victime d'un malaise suivi d'une chute en date du 19 septembre 2015. Elle a été emmenée aux urgences des HUG et transférée, le même jour, à l'hôpital de Beau-Séjour, au SMIR, où elle a séjourné jusqu'au 22 octobre 2015, date de son transfert à l'hôpital de Loëx. Elle a pu rentrer chez elle le 17 novembre 2015.

Par courrier du 25 septembre 2015, l'intimé a garanti la prise en charge de l'hospitalisation jusqu'au 13 octobre 2015. Sur demande des médecins du SMIR, l'assureur-maladie a, par courrier du 23 octobre 2015, prolongé jusqu'au 29 octobre 2015 la garantie octroyée. L'intimé a toutefois précisé qu'en principe, sauf informations complémentaires circonstanciées justifiant une prolongation en « lit B », dès le 30 octobre 2015, le forfait EMS de CHF 79.- par jour (« lit C ») serait payé. Par courrier du 12 novembre 2015, l'intimé a refusé de prolonger la garantie d'hospitalisation au-delà du 29 octobre 2015 comme cela était demandé par le Dr D_____, de l'hôpital de Loëx, par courrier circonstancié du 2 novembre 2015. A noter qu'une copie des courriers des 23 octobre et 12 novembre 2015 a été adressée à l'assurée, à son adresse personnelle, qui n'a pu en prendre connaissance qu'à son retour à domicile le 17 novembre 2015.

La question qui se pose donc est celle de savoir si l'hospitalisation au-delà du 29 octobre 2015 était justifiée ou si, au contraire, l'intimée pouvait exiger de l'assurée qu'elle se fasse soigner dans un EMS ou une division analogue, comme cela ressort de l'avis de son médecin-conseil ainsi que de ses prises de positions des 23 octobre et 12 novembre 2015.

La réponse à cette question peut toutefois rester ouverte.

En effet, même dans l'hypothèse où le séjour hospitalier au-delà du 29 octobre n'était plus justifié, l'intimée ne pouvait réduire ses prestations sans octroyer un délai d'adaptation suffisant, d'un mois selon la jurisprudence fédérale susmentionnée, pour permettre à la recourante de prendre les mesures nécessaires, ledit délai ne pouvant au demeurant commencer à courir qu'à partir du moment où elle a eu connaissance, soit par l'intermédiaire de son médecin traitant, soit directement par l'assureur-maladie, du fait que son hospitalisation serait sans indication médicale à compter du 30 octobre 2015 et que seul le forfait EMS serait versé dès cette date. La question de la date à laquelle la recourante est réputée avoir

eu connaissance de la position de l'intimé (date du dépôt de la copie du courrier du 23 octobre 2015 dans la boîte aux lettres de la recourante ou date du retour à son domicile) peut également rester ouverte, dès lors que même dans l'hypothèse la plus défavorable à la recourante, à savoir une prise de connaissance présumée du courrier du 23 octobre entre le 24 et le 28 octobre au plus tôt (en fonction du type d'envoi – courrier A ou courrier B – et pour autant que la lettre en question ait été mise à la poste le 23 octobre avant la dernière levée), la période d'adaptation d'un mois n'était quoi qu'il en soit pas terminée au jour du retour à domicile, le 17 novembre 2015.

Partant, dans tous les cas, l'intimé doit prendre en charge le solde de l'hospitalisation de la recourante au tarif « lit B » pour la période du 30 octobre au 17 novembre 2015.

A noter encore que selon les pièces transmises par la recourante, celle-ci aurait payé les factures des HUG le 18 janvier 2016. L'intimé sera par conséquent invité à s'acquitter du solde de l'hospitalisation directement en mains de la recourante toutefois après production par cette dernière d'une preuve du paiement des factures en question (attestation des HUG mentionnant le débiteur, avis de débit, récépissé du bulletin de versement, etc.).

11. Eu égard à ce qui précède, le recours sera admis, les décisions litigieuses annulées, la recourante ayant droit à la prise en charge par l'intimée de son séjour à l'hôpital de Loëx du 30 octobre au 17 novembre 2015, au tarif hospitalier.

La recourante n'étant pas représentée, elle n'a pas droit à des dépens quand bien même elle obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 18 décembre 2015 et la décision sur opposition du 19 avril 2016 en tant qu'elles limitent la prise en charge des frais hospitaliers au 29 octobre 2015.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les frais d'hospitalisation au tarif hospitalier du 30 octobre au 17 novembre 2015.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La présidente

Irène PONCET

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le