

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1880/2011

ATAS/1079/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 novembre 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître AEBY Pascal

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue du Nord 5, 1920
Martigny

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en 1919, est assurée auprès de la caisse-maladie UNIVERSA, reprise par la MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après la caisse-maladie) pour l'assurance-maladie obligatoire.
2. L'assurée a été victime d'une chute et s'est fracturée le col du fémur en date du 31 mars 2010. Elle a été hospitalisée à la Clinique des Grangettes à Genève. Souffrant toutefois d'une infection intestinale contractée au cours de son séjour postopératoire, elle a dû être transférée au service des urgences des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE pour une semaine environ, puis est revenue aux Grangettes.
3. Elle est entrée à la clinique de Genolier le 30 avril 2010. La Doctoresse L _____, médecin traitant, a adressé un courrier à la caisse-maladie le 4 mai 2010, expliquant que "l'évolution est marquée par plusieurs problèmes médicaux : sepsis sévère à point de départ digestif sur colite à Clostridium difficile, insuffisance cardiaque diastolique décompensée, anémie sévère. Les différents problèmes médicaux ont pu être jugulés durant son séjour à la Clinique des Grangettes. Néanmoins, il persiste sur le plan digestif des selles encore non moulées à tendance diarrhéique, ainsi que des râles parenchymateux occupant les deux bases pulmonaires. Sur le plan orthopédique, en raison de ces différents problèmes médicaux, la patiente n'a pu être mobilisée durant son séjour et aucune rééducation à la marche n'a pu être commencée. Le transfert à la Clinique de Genolier est motivé par la suite de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, d'une part, ainsi que le suivi de la colite à Clostridium difficile au décours. Un isolement digestif me paraît encore indispensable, tant que la recherche de la toxine du Clostridium difficile ne revient pas négative. Parallèlement, la Clinique de Genolier permet une prise en charge orthopédique par le Dr M _____ qui lui offrira une rééducation à la marche (prise en charge impossible à la Clinique des Grangettes) afin qu'un retour à domicile puisse être organisé dans les meilleurs délais".
4. Le 2 juin 2010, la caisse-maladie, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, le Docteur N _____, selon lequel, renseignements pris auprès du Docteur O _____, spécialiste FMH en médecine interne à la Clinique de Genolier, le séjour relevait des soins aigus du 30 avril au 15 mai 2010, puis de soins de réadaptation, a adressé à la Clinique de Genolier une garantie d'hospitalisation limitant sa prise en charge pour soins aigus du 30 avril au 15 mai 2010.
5. Par courrier du 7 juillet 2010, la caisse-maladie a confirmé son refus de prendre en charge les frais d'hospitalisation et de traitement à partir du 16 mai 2010.

6. L'assurée a quitté la Clinique de Genolier le 24 août 2010 pour un retour à domicile.
7. Le Dr O_____ a adressé un rapport le 31 août 2010 à la Dresse L_____, selon lequel "la patiente nous est adressée afin de bénéficier d'une rééducation à la marche et poursuite du traitement de cette colite à Clostridium difficile". Il décrit le status à l'entrée comme suit : "patiente en état général conservé, eupnéique, afébrile, anictérique. Status cardiovasculaire : B1, B2 bien frappés, souffle protomésosystolique 2/6 au foyer aortique. Pouls périphériques tous palpables. TA 130/70mmHg. Oedèmes des membres inférieurs. Status respiratoire : murmure vésiculaire bien distribué des deux côtés. Status digestif : sans particularité. Status neurologique : grossièrement dans la norme".
8. Le même jour, la Clinique de Genolier a établi le montant de sa facture à 85'357 fr. 70 pour la période du 16 mai au 24 août 2010.
9. Par décision du 17 novembre 2010, la caisse-maladie a confirmé sa position, au motif que le traitement effectué dès le 16 mai 2010 relevait de la réadaptation et que la Clinique de Genolier ne figurait pas sur la liste des centres de traitements et de réadaptation admis par le canton de Vaud.
10. L'assurée a formé opposition à ladite décision le 1^{er} décembre 2010. Elle ne comprend pas le refus de la caisse-maladie, rappelant qu'un accord était intervenu en mai 2010 entre le Dr O_____ et le Dr N_____ aux termes duquel le séjour serait intégralement pris en charge durant trois semaines et une participation à titre de frais de réadaptation allouée dès la quatrième semaine. Elle considère quoi qu'il en soit que le séjour effectué à la Clinique de Genolier ne saurait être considéré comme étant de réadaptation uniquement. Le fait qu'elle soit âgée de plus de 90 ans implique en effet un traitement médical quotidien de type aigu, les seuls soins de réadaptation consistant à essayer, avec l'aide d'un physiothérapeute, de faire quelques pas dans le couloir. Elle en veut pour preuve que les frais relatifs à la physiothérapie ne représentent qu'un faible montant par rapport à la totalité de la facture de la Clinique. Elle rappelle également qu'elle a été victime d'une nouvelle infection intestinale durant le mois de juillet 2010. Se référant par ailleurs à l'arrêté du 10 décembre 1997 édictant la liste 1998 des hôpitaux du canton de Vaud admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, toujours en vigueur actuellement, elle souligne que la Clinique de Genolier a un mandat pour prodiguer des soins aigus et des soins de réadaptation.
11. Invité par la caisse-maladie à se déterminer, le Dr N_____, dans un avis du 26 avril 2011, a indiqué qu'

"en ce qui concerne le cas de *l'assurée*, je note à la lecture du courrier du 4 mai 2010 de la Dresse L_____ qui m'a été adressé, que les différents problèmes médicaux (clostridium difficile, insuffisance cardiaque et anémie) ont pu

être jugulés durant son séjour à la Clinique des Grangettes. La Dresse L_____ précise de plus que «le transfert à la Clinique de Genolier est motivé par la suite de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque d'une part et le suivi de la colite à Clostridium difficile au décours, Parallèlement, la Clinique de Genolier permet une prise en charge orthopédique par le Docteur M_____ qui lui offrira une rééducation à la marche (prise en charge impossible à la Clinique des Grangettes) afin qu'un retour à domicile puisse être organisé dans les meilleurs délais». Il ressort par ailleurs du courrier du 31 août 2010 adressé par le Docteur O_____ à la Dresse L_____, que la patiente a été adressée à la Clinique de Genolier «afin de bénéficier d'une rééducation à la marche et poursuite du traitement de cette colite à Clostridium difficile».

Je constate ainsi, d'une part que la patiente a bénéficié de séjours hospitaliers en soins aigus aux HUG et à la Clinique des Grangettes du 31 mars au 30 avril 2010. Compte tenu des diagnostics, de la difficulté de stabilisation de son état de santé et de l'âge avancé de la patiente, la durée d'une telle hospitalisation est adéquate.

Je constate d'autre part, au vu des rapports des médecins traitants de l'assurée, que l'épisode de décompensation cardiaque et la maladie thrombo-embolique étaient déjà traités à l'entrée à Genolier le 30 avril 2010. J'insiste sur le fait que j'ai accepté 16 jours d'hospitalisation à Genolier en soins aigus supplémentaires afin que l'état de santé de l'assurée se stabilise, compte tenu en particulier de l'âge avancé de l'assurée. Il est clair qu'après la stabilisation de son état de santé, un séjour en soins aigus n'était plus justifié. La suite de la prise en charge et du suivi médical aurait dû avoir lieu par un transfert dans une institution de réadaptation.

Selon la facture de 85'357 fr. 70, je constate que le séjour à compter du 16 mai ne relève plus des soins aigus, et cela pour les raisons suivantes :

l'assurée n'a pas fait l'objet de soins quotidiens intensifs, les prestations facturées correspondant à :

- des contrôles radiographiques.
- du petit matériel, tel que des gants, des couches-culottes, des seringues, des aiguilles, des masques à aérosol, des protèges lits, etc..., correspondant à une prise en charge de suite de traitement et de réadaptation.
- de médicaments tel que hydratation, antibiotique, anticoagulant, protection pour l'estomac, anxiolytique, antidouleur, antiémétique, antidiarrhéique, crème pour massage, savon, et compléments alimentaires. Ce traitement est réalisable à domicile et ne nécessite pas de soins aigus.
- des séances de physiothérapie, seuls soins réalisés régulièrement à raison d'une à deux séances par jour.
- des contrôles sanguins, d'urines, de selles et de frottis.
- des consultations diététiques : 3 consultations sur 101 jours d'hospitalisation.
- des visites médicales : 14 visites sur 101 jours d'hospitalisation dont aucune durant le mois de juin, et la dernière en date du 06.08.10."

12. Par décision du 16 mai 2011, la caisse-maladie a rejeté l'opposition. Elle rappelle que le séjour de l'assurée du 30 avril au 15 mai 2010 en soins aigus a été pris en charge par l'assurance obligatoire des soins selon le tarif genevois, soit à un forfait journalier de 692 fr. 40. S'agissant du séjour à partir du 16 mai 2010, elle relève que le Dr N_____ a confirmé qu'il portait sur des soins de réadaptation, soit des soins de type B. Elle admet cependant, contrairement à ce qu'elle avait retenu dans un premier temps, que la Clinique de Genolier a également le mandat pour accueillir des patients en réadaptation. Elle se déclare dès lors disposée, conformément à l'art. 41 LAMal, de verser à l'assurée l'équivalent du coût d'un tel séjour s'il avait eu lieu dans son canton de résidence, soit Genève, et s'est plus particulièrement référée aux tarifs pratiqués par la Clinique genevoise de Montana. C'est ainsi qu'elle accepte une participation de 224 fr. par jour.
13. L'assurée, représentée par Me Pascal AEBY, a interjeté recours le 16 juin 2011 contre ladite décision. Elle considère que la qualification faite par la caisse-maladie de son séjour postérieur au 15 mai 2010 est erronée ; elle souligne à cet égard qu'elle a fait l'objet de soins, d'exams et d'analyses très nombreux et approfondis durant son séjour et relève que les frais relatifs au traitement de réadaptation (à savoir les frais de physiothérapie) "ne représentent qu'un montant de 6'048 fr. 55 sur un total de 86'757 fr. 70". Elle conclut dès lors, préalablement, à la jonction de la présente cause avec celle portant le numéro A/4000/2010 et relative à l'assurance-maladie complémentaire, laquelle a été suspendue jusqu'à droit connu dans la présente procédure, principalement, à ce que la caisse-maladie soit condamnée à lui verser les prestations de l'assurance-maladie obligatoire dues au titre des soins aigus pour les frais de traitement et les frais d'hospitalisation relatifs à son séjour à la Clinique de Genolier, et, subsidiairement, à la prise en charge des frais liés à un séjour de réadaptation, ainsi que le propose la caisse-maladie, mais au tarif journalier de 342 fr. sur la base de l'art. 15 du règlement fixant le tarif des prestations fournies par les Hôpitaux universitaires de Genève aux assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie en cas d'hospitalisation en division commune (J 3 05.04).
14. La caisse-maladie a à nouveau sollicité l'avis du Dr N_____. Celui-ci a confirmé le 12 juillet 2011 ses précédents avis des 5 novembre 2010 et 26 avril 2011. Il a rappelé qu'à l'admission de l'assurée à la Clinique de Genolier, l'insuffisance cardiaque, ainsi que l'hypertension artérielle étaient traitées. Quant à la maladie thrombo-embolique, elle était anti-coagulée. Ces trois affections étant stabilisées, une suite de traitement de type B (réadaptation) était adéquate. Il a ajouté que le traitement de la colite à Clostridium, ainsi que les exams (radiographies, échographie et scanner) effectués le 11 juillet 2010 étaient tout à fait réalisables ensuite de traitement et rééducation, notant que même durant les périodes de récurrences de colite, l'assurée avait toujours bénéficié de séances de physiothérapie journalières, voire bi-journalières. Or, si l'assurée avait dû être soignée pour une colite aigue, elle n'aurait pas pu poursuivre les séances de

physiothérapie. Il précise enfin qu' "une hospitalisation relève de la réadaptation somatique (lit B) lorsque l'hospitalisation de patients atteints d'affections aiguës ou non stabilisées, nécessite la mise en œuvre de traitements médicaux, de mesures de réadaptation, en principe en vue d'un retour à domicile, ou de soins palliatifs. Les moyens d'investigation et de traitement qui en découlent sont moins importants en termes d'équipement et de personnel que pour les patients somatiques aigus. Une hospitalisation en réadaptation ne se limite donc pas à un suivi de physiothérapie, mais comprend également tout acte (médication, examens, etc.) nécessaire au suivi médical du patient en vue de son retour à domicile".

15. Dans sa réponse du 15 juillet 2011, la caisse-maladie s'oppose à la jonction des causes. Se référant à l'avis du Dr N_____, elle persiste à considérer que dès le 16 mai 2010, un séjour en soins aigus n'était plus justifié. S'agissant du tarif applicable à un séjour de réadaptation, elle admet en revanche que le tarif de référence en cas d'hospitalisation en division commune, soit 342 fr. par jour, auquel a conclu l'assurée, soit appliqué, de sorte qu'elle reste débitrice de la somme de 11'918 fr., s'étant déjà acquitté de la somme de 21'614 fr., calculée sur la base du tarif de référence de la Clinique genevoise de Montana de 224 fr. par jour. Elle précise toutefois que la facture de 1'400 fr. relative aux honoraires médicaux est comprise dans le forfait journalier applicable et reste à la charge de l'assurée, soit le cas échéant d'une assurance complémentaire. De même en est-il de la facture de 85'357 fr. 70 concernant les frais de séjour en division privée du 16 mai au 24 août 2010.
16. La réponse a été transmise à l'assurée. Celle-ci ne s'est pas manifestée dans le délai à elle imparti.
17. Sur ce, 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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

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

2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Aux termes de l'art. 70 al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10),

"L'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites."

Il n'y a pas en l'espèce lieu de joindre les causes en une seule procédure, s'agissant de l'application de lois, de procédures distinctes, la LAMal et la LPA, d'une part, la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1) et le code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 272), d'autre part (ATF K 35/04). Les recours au Tribunal fédéral sont également différents. La suspension de la cause n° A/4000/2010 est partant maintenue.

4. Le litige porte sur la prise en charge des frais d'hospitalisation et de traitement de l'assurée à la Clinique de Genolier à compter du 16 mai 2010.
5. En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Ces prestations comprennent, notamment, les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a LAMal), le séjour en division commune d'un hôpital (art. 25 al. 2 let. e LAMal) et les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (art. 25 al. 2 let. d LAMal).

Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 consid. 2b et les références citées).

L'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 115 V 48 consid. 3b/aa et les références, cf. aussi ATF 120 V 206 consid. 6a).

L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier (art. 39 al. 1 LAMal). La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriées que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b).

La loi ne donne pas de définition des mesures de réadaptation au sens de l'art. 25 al. 2 let. d LAMal. Selon Eugster (Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], ch. 142 ss), 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 327 consid. 2c).

Pour que les coûts du séjour hospitalier soient pris en charge par l'assurance obligatoire, non seulement la personne assurée doit séjourner dans un établissement hospitalier ou dans une division hospitalière qui sert au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution en milieu hospitalier de mesures médicales de réadaptation (art. 39 al. 1 LAMal), mais il faut également que l'établissement hospitalier ou la clinique corresponde à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (art. 39 al. 1 let. d LAMal) et figure sur la liste hospitalière cantonale structurée en catégorie selon les mandats de prestations (art. 39 al. 1 let. e LAMal).

Aux termes de l'art. 41 al. 1bis et al. 3 LAMal,

"En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire."

Il faut entendre par «raisons médicales», le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré (art. 41 al. 3bis let. b LAMal)

Selon l'art. 49 al. 3 LAMal, la rémunération allouée en cas d'hospitalisation s'effectue 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, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Tel est le cas lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé (ATF 125 V 181 consid. 2c; cf. Gebhard Eugster, *Krankenversicherung in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, n. 304 ad ch. 139). Si tel n'est pas le cas, la rémunération s'effectue conformément à la réglementation prévue à l'art. 50 LAMal en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 49 al. 3, seconde phrase LAMal) (K 158/04) . Aux termes de cette dernière disposition

légale, l'assureur prend en charge, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile; il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. L'art. 49 al. 3 LAMal reprend la jurisprudence rendue à propos du principe d'économie du traitement prescrit à l'art. 23 LAMA (cf. le message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 168; ATF 124 V 364 consid. 1b).

Par conséquent, selon le nouveau droit également, le caractère économique du traitement n'autorise un séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë, au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 364 consid. 1). De même, conformément à la jurisprudence rendue du temps de la LAMA, il convient, si nécessaire, d'accorder à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë une brève période d'adaptation pour lui permettre de se rendre dans un établissement médico-social ou une division de ce type (ATF 124 V 366 consid. 2c).

La LAMal ne fixe pas de terme à partir duquel un patient atteint d'une affection chronique ne nécessite plus des soins réservés à des maladies aiguës. Tant que l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé, un tel patient peut donc prétendre des soins pour maladie aiguë en milieu hospitalier (cf. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 304 ad ch. 139).

S'agissant de l'impartialité du médecin conseil de l'assurance et la valeur probante de ses considérations, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, il ne se justifie donc pas d'écarter purement et simplement l'avis du Dr N_____ au simple motif qu'il est médecin conseil de l'assurance.

La jurisprudence a par ailleurs reconnu aux médecins traitants un certain pouvoir d'appréciation lorsqu'il s'agit de fixer la limite entre une hospitalisation aiguë et des soins de longue durée (ATF 124 V 362).

6. En l'espèce, l'indication hospitalière n'est pas remise en cause. La caisse-maladie refuse toutefois d'accorder à l'assurée les prestations LAMal dues au titre de soins aigus à compter du 16 mai 2010, considérant qu'elle est hospitalisée dès cette date en vue de recevoir des soins de réadaptation. Elle se fonde sur l'avis du Dr N_____, selon lequel le séjour relève des soins aigus du 30 avril au 15 mai 2010, puis de soins de réadaptation.

L'assurée conteste cette conclusion. Le fait qu'elle soit âgée de 92 ans implique nécessairement, à ses yeux, un traitement médical quotidien aigu.

Est ainsi litigieuse la qualification du séjour accompli par l'assurée à la Clinique de Genolier à compter du 16 mai 2010.

7. La Clinique de Genolier a établi une facture relatives aux soins dispensés du 16 mai au 24 août 2010. S'il est vrai que le coût des séances de physiothérapie n'est que de 6'048 fr. 55, soit un montant dérisoire par rapport au montant de la facture, ainsi que le relève l'assurée, cela n'implique cependant pas nécessairement que toutes les autres prestations fournies soient exclusivement liées à des soins aigus. Le Dr N_____ relève du reste à cet égard que les prestations facturées ne correspondent pas en réalité à des soins intensifs. Il s'agit en effet de contrôles radiographiques, de petits matériels, de médicaments, qui pourraient être administrés à domicile, des séances de physiothérapie, des contrôles sanguins, d'urine, de selles et de frottis, des consultations diététiques et quatorze visites sur 101 jours d'hospitalisation dont aucune durant le mois de juin, et la dernière en date du 6 août 2010. Il importe de surcroît de constater que dans son rapport du 31 août 2010 adressé à la Dresse L_____, le Dr O_____ précise que "la patiente nous est adressée afin de bénéficier d'une rééducation à la marche et poursuite du traitement de cette colite à clostridium difficile", ce que reprend la Dresse L_____ de son côté. La Dresse L_____ a attesté le 4 mai 2010 que les différents problèmes médicaux, soit sepsis sévère à point de départ digestif sur colite à Clostridium difficile, insuffisance cardiaque diastolique décompensée et anémie sévère, avaient pu être jugulés durant son séjour à la Clinique des Grangettes. Elle a indiqué que le transfert à la Clinique de Genolier était motivé par la suite de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, ainsi que le suivi de la colite à Clostridium difficile au décours. Parallèlement, une rééducation à la marche y sera prise en charge, afin qu'un retour à domicile puisse être organisé dans les meilleurs délais. Il est ainsi établi qu'à l'admission de l'assurée à la Clinique de Genolier, le problème de décompensation cardiaque, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle et la maladie thrombo-embolique étaient déjà traités. Les constatations des médecins vont toutes dans le même sens.

On peut ainsi déduire que l'état de santé de l'assurée était en tout cas stabilisé une quinzaine de jours plus tard, le 16 mai 2010. Le Dr N_____, du reste, a indiqué qu'il avait précisément accepté seize jours d'hospitalisation à Genolier en soins aigus supplémentaires, afin que l'état de santé de l'assurée se stabilise, compte tenu plus particulièrement de son âge avancé. On ne saurait dès lors parler de soins aigus à compter de cette date, de sorte que c'est à juste titre que la caisse-maladie a refusé d'accorder à l'assurée la prise en charge de prestations pour soins aigus à compter du 16 mai 2010.

8. S'agissant de l'accord intervenu entre le Dr O_____ et le Dr N_____ en mai 2010, il s'avère, selon une note datée du 19 juillet 2010, qu'en réalité les deux médecins ont eu une conversation téléphonique selon laquelle une partie du séjour relevait des soins aigus et le reste d'un traitement de réadaptation, ce qui n'est en aucune façon contradictoire avec la prise de position du Dr N_____ selon laquelle «lit A. du 30 avril au 15 mai 2010, lit B. à compter du 15 mai 2011».
9. Reste à déterminer quel doit être le tarif applicable au séjour effectué par l'assurée à Genolier à compter du 16 mai 2010. La caisse-maladie a dans un premier temps considéré que la Clinique de Genolier n'était pas autorisée à fournir des prestations de réadaptation hospitalière à charge de l'assurance-maladie. Après réexamen du dossier toutefois, elle a reconnu que la Clinique de Genolier pouvait accueillir des patients en réadaptation et rééducation neurologique, orthopédique et post traumatique, pour laquelle elle a finalement déclaré être disposée à verser à l'assurée l'équivalent du coût d'un tel séjour, s'il avait eu lieu dans son canton de résidence, soit Genève. Elle s'est référée aux tarifs pratiqués par la Clinique genevoise de Montana, et a accepté ainsi d'accorder une participation de 224 fr. par jour. L'assurée a contesté ce montant, et se fondant sur l'art. 15 du règlement J 3 05.04, a conclu à un tarif journalier de 342 fr. Dans sa réponse du 15 juillet 2011, la caisse-maladie a admis ce tarif de référence en cas d'hospitalisation en division commune de 342 fr. par jour. La Cour de céans en prend acte.
10. Aussi le recours est-il admis partiellement. La décision de la caisse-maladie est confirmée, en ce sens que l'hospitalisation de l'assurée à compter du 16 mai 2010 ne relève pas des soins aigus ; le tarif de 342 fr. par jour sera toutefois appliqué.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Donne acte à la caisse-maladie de ce qu'elle accepte d'appliquer le tarif de 342 fr. par jour pour le séjour de l'assurée à la Clinique de Genolier du 16 mai au 24 août 2010.
4. Condamne la caisse-maladie à verser à l'assurée une indemnité de 800 fr. au titre de dépens.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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