

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2165/2019

ATAS/299/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 avril 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée route de Frontenex 49,
GENÈVE

recourante

contre

CONCORDIA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS
SA, sise Bundesplatz 15, LUZERN

intimée

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____1930, est affiliée auprès de Concordia assurance-maladie et accidents SA (ci-après : l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie.
2. L'assurée a été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 3 au 23 juillet 2018, au motif qu'elle présentait un déconditionnement global dans un contexte de baisse d'état général. Elle était victime de chutes à répétition avec traumatisme crânien et souffrait de nausées et vomissements chroniques exacerbés et de vertiges chroniques.
3. Le 4 juillet 2018, le docteur B_____ des HUG, service de réadaptation, a déposé auprès de l'assureur une demande de garantie pour l'hospitalisation de l'assurée dès le 3 juillet 2018 pour une durée prévue de trente jours.
4. Sur la base de l'avis du 5 juillet 2018 de son médecin-conseil, l'assureur a refusé le 6 juillet 2018 d'accorder la garantie pour une réadaptation gériatrique, au motif que les conditions de l'art. 32 LAMal n'étaient pas remplies, tout en précisant qu'il interviendrait pour la prise en charge du séjour par le biais du forfait en attente de placement de CHF 79.- par jour. Le 12 juillet 2018, le médecin-conseil a persisté dans sa position.
5. Par courrier du 10 juillet 2018, le docteur C_____, chef de clinique aux HUG, site de Collonges-Bellerive, a demandé à l'assureur l'octroi d'une prolongation de garantie d'hospitalisation afin de permettre à l'assurée de récupérer une certaine autonomie et de sécuriser son retour à domicile. Il a indiqué que l'assurée présentait des vertiges en cours d'exploration, une colopathie fonctionnelle et des chutes à répétition. Il a précisé que les raisons médicales pour lesquelles la prolongation de l'hospitalisation actuelle se justifiait étaient les suivantes :
 - Suivi des constantes vitales et adaptations thérapeutiques, nécessitant des soins stationnaires ;
 - Soins médicaux intégrés (par exemple pneumologie, cardiologie, oncologie, infectiologie, rééducation) ;
 - Coordination des soins avec des spécialistes en santé mentale ;
 - Séances de physiothérapie/rééducation spécialisée intensives ;
 - Soins complexes (par exemple soins de plaies, aspiration trachéale) ;
 - Prise en charge intégrée de problèmes psychiatriques neuropsychologiques ou comportementaux.
6. L'assureur a, par courrier du 17 juillet 2018, confirmé aux HUG qu'il prenait en charge le forfait attente de placement de CHF 79.- par jour dès le 3 juillet 2018.

7. Une demande de transfert à l'Hôpital des Trois-Chênes, avec garantie, a été déposée le 26 septembre 2018, motivée par les projets suivants:

- Réadaptation à la marche
- Réadaptation aux activités de la vie quotidienne
- Reconditionnement-Nutrition
- Evaluation de l'autonomie / Evaluation logopédique pour fausses routes
- Evaluation ORL pour dysphonie
- Evaluation neurologique pour syndrome extra-pyramidale

Le 5 octobre 2018, cet établissement a sollicité la prolongation de garantie pour soins subaigus jusqu'au 15 octobre 2018, en raison d'une pyélonéphrite, d'une bronchopneumonie d'aspiration au cours de l'hospitalisation et d'un déconditionnement global. Il est indiqué que

« La patiente, de 88 ans, est hospitalisée dans notre service en raison d'une pyélonéphrite nécessitant l'antibiothérapie intraveineuse évoluant favorablement. Elle développe une bronchopneumonie d'aspiration traitée par l'antibiotique intraveineuse.

Elle présente un déconditionnement physique global important suite à ces deux infections.

Elle bénéficie d'une physiothérapie de rééducation à la marche dont le progrès est remarquable, Nous notons des troubles de l'équilibre nécessitant un travail régulier raison pour laquelle nous vous demandons une prolongation de garantie afin qu'elle puisse rentrer à la maison dans de bonnes conditions ».

« Les raisons médicales justifiant la prolongation de l'hospitalisation actuelle » sont décrites comme étant :

« Suivi des constantes vitales & adaptations thérapeutiques nécessitant des soins stationnaires.

Soins médicaux intégrés (p.ex. pneumologie, cardiologie, oncologie, infectiologie, rééducation).

Séances de physiothérapie/rééducation spécialisée intensive ».

8. Le 17 janvier 2019, l'assureur a adressé à l'assurée un décompte, aux termes duquel aucune prestation ne lui était accordée au titre de l'assurance obligatoire des soins, s'agissant de la facture du 18 décembre 2018 de CHF 4'340.- relative à son hospitalisation du 3 au 23 juillet 2018.

9. Le 30 janvier 2019, Madame D_____, agissant au nom et pour le compte de sa mère, selon procuration établie par celle-ci en sa faveur le 29 janvier 2019, a contesté ce décompte.

10. Par décision formelle du 6 février 2019, l'assureur a répété que les frais d'hospitalisation aux HUG en réadaptation du 3 au 23 juillet 2018 seraient pris en charge à raison d'un forfait journalier de CHF 79.-.

11. Le 16 février 2019, la fille de l'assurée a formé opposition à ladite décision. Elle souligne que « ce type d'hospitalisation correspond au traitement de maladies chroniques et dans ce cas-ci, c'était une des plus sérieuses crises et nous avons été très inquiets des possibilités de retour à la maison. La guérison ne pouvait se dérouler de manière ambulatoire chez elle. (...) Il faut aussi préciser qu'elle ne souhaite pas entrer en EMS ».
12. Le 6 avril 2019, la fille de l'assurée a maintenu son opposition aux décisions des 17 janvier et 6 février 2019. Elle explique que « l'assurée a fait une chute accidentelle avec traumatisme crânien (concerne assurance-accident) après son passage aux urgences et compte tenu des péjorations des troubles de l'équilibre en lien avec cette chute et ses maladies chroniques, dont les symptômes de la maladie de Menière, elle a été transférée à l'hôpital de Bellerive puisqu'elle souffrait de nausées et de vomissements qui l'empêchaient de s'alimenter. Cette chute avait aussi entraîné une importante péjoration de la marche et une peur de chuter. Un traitement ambulatoire n'était donc pas envisageable. En effet, l'hôpital a traité son alimentation et la rééducation à la marche consécutive à sa chute. Les frais relatifs à cette chute accidentelle doivent être pris en charge par les assurances accidents et maladie ».
13. Par décision du 22 mai 2019, l'assureur a rejeté l'opposition. Il considère qu'il n'est pas médicalement démontré qu'un séjour hospitalier aurait été adéquat et efficace au sens des exigences de la LAMal. Aussi la prise en charge d'un séjour hospitalier doit-elle être refusée et celle du forfait journalier en attente de placement de CHF 79.- confirmée.
14. La fille de l'assurée a interjeté recours le 4 juin 2019 contre ladite décision. Elle rappelle que les soins consécutifs à la chute dont l'assurée a été victime ne pouvaient pas être prodigués de manière ambulatoire à la maison.

Le 17 juin 2019, elle a transmis à la chambre de céans les échanges de courriers survenus entre l'assurée et l'assureur, classés par ordre chronologique et numérotés.
15. Dans sa réponse du 4 juillet 2019, l'assureur a conclu au rejet du recours.
16. Ces écritures ont été transmises à la fille de l'assurée, laquelle a été informée de ce que les pièces du dossier étaient à sa disposition au greffe pour consultation.
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 - E 2 05), 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 l'assureur doit prendre en charge les frais d'hospitalisation de l'assurée du 3 au 23 juillet 2018.

Selon le médecin-conseil de l'assureur, la réadaptation gériatrique n'était pas médicalement justifiée. Aussi l'assureur a-t-il refusé de rembourser la facture du 18 décembre 2018 de CHF 4'340.- relative à l'hospitalisation du 3 au 23 juillet 2018 et indiqué que seul le forfait « attente de placement EMS » d'un montant journalier de CHF 79.- serait versé dès le 3 juillet 2018.

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. 1bis 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).

À 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).

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 ; ATAS/1438/2012).

7. 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).

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

8. a. Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.

L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2).

D'après l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal.

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c).

Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique et à la réglementation légale, qui établit une nette distinction entre la rémunération d'un traitement et de soins en milieu hospitalier et celle d'un séjour dans un établissement médico-social, les assureurs-maladie doivent exercer un contrôle suivi d'un traitement hospitalier, avec l'aide de leur médecin-conseil. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que le maintien du patient en milieu hospitalier. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le médecin-conseil n'est pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement. Si, contre l'avis du médecin-conseil, le médecin traitant estime qu'un séjour en milieu hospitalier est nécessaire, l'assuré conserve la possibilité de faire valoir vis-à-vis de l'assureur ses prétentions en remboursement des frais encourus. L'avis du médecin-conseil ne préjuge pas définitivement des droits que l'assuré pourrait faire valoir à un tel remboursement (ATF 127 V 47 ss. consid. 2e). Par ailleurs, le TFA a reconnu au médecin traitant un certain pouvoir d'appréciation s'agissant de fixer la limite entre hospitalisation aiguë et soins de longue durée (ATF 124 V 362 consid. 2c ; ATAS/233/2012).

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).

c. 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. a. L'assureur a en l'espèce entendu limiter ses prestations au seul forfait attente de placement de CHF 79.- par jour, considérant que le séjour hospitalier n'était ni adéquat ni efficace au sens de l'art. 32 LAMal.

Le médecin-conseil, dans ses avis des 5 et 12 juillet 2018, a en effet estimé que la réadaptation gériatrique n'avait pas de justification médicale, qu'une cure de deux à trois semaines aurait suffi, et rappelé que l'assurée était en bonne santé au vu de son âge.

- b. La fille de l'assurée allègue que les troubles dont souffre cette dernière nécessitent un traitement et des soins dans un milieu hospitalier.

Elle explique que « l'assurée a fait une chute accidentelle avec traumatisme crânien après son passage aux urgences et compte tenu des péjorations des troubles de l'équilibre en lien avec cette chute et ses maladies chroniques, dont les symptômes de la maladie de Menière, elle a été transférée à l'hôpital de Bellerive puisqu'elle souffrait de nausées et de vomissements qui l'empêchaient de s'alimenter. Cette chute avait aussi entraîné une importante péjoration de la marche et une peur de chuter ».

- c. Il s'agit de déterminer si l'assurée présentait à son entrée aux HUG, le 3 juillet 2018, un besoin de prise en charge globale et de soins médicaux qui ne pouvaient être dispensés de manière appropriée que dans un hôpital.

Il importe préalablement de rappeler que le présent litige se limite au séjour du 3 au 23 juillet 2018. Or, le seul élément médical figurant au dossier pour ce qui concerne ce séjour est la demande de garantie déposée par le Dr B_____ le 4 juillet 2018. Cette demande est motivée par « un déconditionnement global dans un contexte de baisse d'état général ».

Les explications plus précises données par le Dr C_____ le 10 juillet 2018, puis par le médecin de l'Hôpital des Trois-Chênes le 26 septembre 2018, lorsque ceux-ci sollicitent respectivement une prolongation de la garantie d'hospitalisation et une garantie pour le transfert de l'assurée aux Trois-Chênes, viennent confirmer qu'il s'agit « de récupérer une certaine autonomie et de sécuriser son retour à domicile ».

Certes est-il question d'antibiothérapie intraveineuse et de soins subaigus dans le courrier du médecin des Trois-Chênes du 5 octobre 2018. Ces soins ont toutefois dû être administrés principalement en raison d'une atteinte survenue après juillet 2018. Le médecin confirme du reste clairement qu'il fait état des raisons médicales justifiant la prolongation de « l'hospitalisation actuelle ».

La fille de l'assurée se borne à faire valoir qu'un traitement ambulatoire n'était pas envisageable et précise que celle-ci ne souhaite pas intégrer un EMS.

On ne voit cependant pas quel traitement pour soins aigus aurait en l'espèce été indiqué. On ne saurait considérer que l'état de santé de l'assurée nécessitait un encadrement médical et soignant. Celui-ci était au contraire stabilisé.

On ne voit pas non plus quelle mesure médicale de réadaptation n'aurait pas pu être appliquée en ambulatoire, étant rappelé que la réadaptation a pour but, à l'aide de moyens médicaux, de rétablir des fonctions perdues ou d'améliorer des fonctions diminuées et que les cures de convalescence visent, sans qu'il existe un besoin de soins ou de traitement particulier, le rétablissement et la convalescence après des affections qui ont essentiellement affecté l'état général (ATF 126 V 323).

Il y a ainsi lieu de constater que la condition du droit à la rémunération conformément au tarif applicable à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës, au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) en vertu de l'art. 49 al. 1 et 2 LAMal (art. 49 al. 4, première phrase LAMal) est réalisée lorsque l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé. 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).

Or, il n'apparaît pas que les soins dont l'assurée a pu bénéficier lors de son séjour du 3 au 23 juillet 2018 avaient pour but une amélioration notable sur le plan médical. Il ne suffit pas d'affirmer que les troubles dont elle souffre ne lui permettraient pas de rester à domicile malgré les soins qui pourraient lui être dispensés.

Il n'est en conséquence pas établi, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que l'assurée aurait été dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état. Les conditions d'adéquation et d'efficacité au sens de l'art 32 LAMal ne sont, partant, pas réunies. La nécessité d'un traitement hospitalier n'a pas été démontrée pour la période du 3 au 23 juillet 2018, de sorte que l'assureur était fondé à limiter ses prestations à la prise en charge du forfait de CHF 79.- par jour.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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