RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1707/2003 **ATAS/668/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 30 août 2004

En la cause

Madame V_____ recourante

contre

CAISSE-MALADIE FUTURA – GROUPE MUTUEL, 5, rue du Nord, 1920 Martigny intimée

Siégeant :	**Madame Karine STECK, Présidente,**
	Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, juges

EN FAIT

1. Madame V_____ est assurée auprès de la caisse-maladie FUTURA – GROUPE MUTUEL (ci-après : la caisse) pour les branches d'assurances suivantes : assurance obligatoire des soins, assurance combinée d'hospitalisation maladie-accident division semi-privée dans les hôpitaux suisses, soins complémentaires maladie-accident et invalidité ou décès en cas d'accident.

2. Le 26 janvier 2003, l'intéressée a été hospitalisée à la Clinique X_____ (ci-après : la clinique) en raison de douleurs continues au ventre, alors qu'elle était enceinte de 32 semaines. D'après la sage-femme qui a procédé aux premiers examens, il s'agissait de contractions de travail nécessitant une hospitalisation urgente. Une médication a été administrée à l'intéressée et d'autres mesures - comme la pose d'un monitoring pour enregistrer l'activité de l'utérus et le cœur de l'enfant - ont été prises. Le 3 février après six jours d'hospitalisation, l'assurée a pu quitter la clinique.

3. En date du 12 mars 2003, l'assurée a accouché d'un garçon à la 38ème semaine.

4. Le 28 avril 2003, la caisse a transmis à son assurée une facture de participation n° 030557930 concernant son séjour à la clinique du 26 janvier au 3 février 2003 et des prestations fournies par une pharmacie. L'assurance lui demandait le remboursement de la franchise annuelle de 1'500.- fr. ainsi que 206 fr. 40 à titre de quote-part de 10 % de son séjour à la clinique. Un montant de 35 fr. 95 à titre de quote-part de 10 % aux prestations pharmaceutiques avait également été facturé.

5. Par courrier du 13 mai 2003, l'assurée a demandé à la caisse d'annuler sa facture et de prendre en charge les frais de sa première hospitalisation, qui était en lien direct avec son accouchement, lequel avait finalement eu lieu quelques semaines plus tard. Selon elle, sa première hospitalisation était également due à l'accouchement dont l'issue avait pu être reportée au 12 mars 2003 grâce à ce premier séjour en clinique.

6. Par courrier du 26 mai 2003, la caisse a informé son assurée que la « conservation de grossesse » ne figurait pas dans le catalogue exhaustif des prestations spécifiques à la maternité qui devaient être prises en charge par l'assureur et a confirmé sa facture.

7. Le 10 juin 2003, l'assurée a persisté dans sa demande en relevant que les articles du catalogue exhaustif énuméraient certes les prestations pour lesquelles les caisses n'étaient pas autorisées à demander des prestations à leurs assurés mais ne leur interdisait pas de renoncer à une participation dans d'autres cas, notamment en

appliquant les dispositions contenues dans les conditions d'assurance. La première hospitalisation ayant été nécessaire afin de réduire les risques et mener à bien l'accouchement qui s'était déroulé quelques semaines plus tard, elle entrait selon elle dans le cadre des prestations de maternité pour lesquelles aucune franchise ni aucune participation n'étaient exigibles. Dans le cas où la caisse persisterait dans ses conclusions, l'assurée réclamait une décision formelle.

8. Par décision du 13 juin 2003, la caisse a confirmé que le séjour hospitalier du 26 janvier au 3 février 2003 ne remplissait pas les conditions de prise en charge prévues par la loi et en a refusé la prise en charge.

9. Le 10 juillet 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision en reprenant les arguments précédemment invoqués.

10. Le 29 juillet 2003, la caisse a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a confirmé sa première décision. Elle a expliqué que les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituaient des frais de maladie selon la jurisprudence, de sorte que le premier séjour à la clinique n'était pas en relation avec des prestations liées à la maternité et que l'assurée était tenue de participer aux coûts des prestations.

11. Par acte du 12 septembre 2003, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, en concluant à son annulation et à la prise en charge intégrale de la facture de la clinique concernant le séjour du 26 janvier au 3 février 2003. Elle fait valoir une fois encore que l'accouchement était en cours le 26 janvier 2003 et que les soins reçus l'ont été dans ce cadre, qu'aucun trouble ni cause morbide n'a été constaté, mais que ce début d'accouchement était prématuré, que la raison objective de l'hospitalisation était l'accompagnement médical d'un accouchement en cours et qu'au surplus, sa grossesse n'avait à aucun moment été qualifiée de pathologique, de sorte que la jurisprudence invoquée par la caisse ne s'appliquait pas à son cas, qui constituait bien une grossesse normale. Enfin, l'accouchement ayant été en cours le 16 janvier déjà, il n'est selon elle pas soutenable de faire dépendre le remboursement de prestations de l'efficacité du médicament qui lui a été administré pour retarder l'accouchement. En effet, si l'enfant était finalement né ce soir-là, les prestations auraient été intégralement prises en charge.

12. Le 10 novembre 2003, la caisse a transmis au Tribunal de céans sa réponse au recours et conclu au rejet de celui-ci. En premier lieu, elle a souligné que l'objet de la procédure ne concernait pas la participation aux coûts des prestations fournies par la pharmacie, dès lors que la recourante n'avait pas remis en cause cette participation et qu'elle n'avait pris de conclusions que par rapport à son séjour à la clinique. Elle soutient quant au fond que la loi oblige l'assureur à prendre intégralement en charge les prestations découlant de la maternité, soit la grossesse,

l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier, que les soins pris en charge à titre de maternité sont énumérés par la loi, que selon la jurisprudence, toute mesure médicale qui repose sur un trouble de la santé, même dans le cadre d'une grossesse, ne doit pas être pris totalement en charge. La caisse souligne que si l'assurée présente au cours de sa grossesse des troubles nécessitant un traitement médical (grossesse pathologique), ceux-ci doivent être considérés comme relevant de maladie, pour laquelle une franchise et une participation peuvent être réclamées. Elle allègue que dans le cas de l'assurée, des douleurs survenues au cours de la 32ème semaine n'entraient pas dans le cadre d'une grossesse normale, que par ailleurs, le traitement de la menace d'une grossesse prématurée ne saurait être compris dans la notion d'accouchement, et que s'agissant de complications dues à la grossesse, elles ont valeur de maladie selon la jurisprudence, raison pour laquelle la participation de l'assurée peut être exigée.

13. Le 1er décembre 2003, l'assurée a persisté dans ses conclusions

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003.

2. Selon l'art. 56 al. 1er LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA).

   En l'espèce, le recours a été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, de sorte qu'il est recevable.

3. Selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal), les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise), ainsi que dix pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part; al. 2). L'assureur ne peut toutefois exiger aucune participation s'il s'agit de prestations en cas de maternité (al. 7).

   Le litige porte sur le point de savoir si l'hospitalisation de la recourante du 26 janvier au 3 février 2003 à la Clinique X_____ entre dans la catégorie des prestations en cas de maternité au sens de l'art. 64 al. 7 LAMal.

4. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 3 LPGA), d'accident (art. 4 LPGA) - dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge - et de maternité (art. 5 LPGA), en vertu de l'art. 1a al. 2 LAMal.

   Selon la LPGA, la maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier, alors qu'est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

   L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité (art. 29 al. 1 LAMal). L'art. 29 al. 2 LAMal définit ces prestations. En ce qui concerne les prestations pouvant entrer en considération dans le cas particulier, il s'agit des examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a) l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b).

   Ainsi, en plus de l'accouchement proprement dit, est également prise en charge l'assistance à l'accouchement, que celle-ci soit prodiguée par le médecin lui-même ou par une sage-femme (FF 1992 I 138).

   Faisant usage de la faculté conférée par le législateur de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal (art. 33 al. 2 LAMal), le Conseil fédéral a confié cette tâche au Département fédéral de l'intérieur (art. 33

let. d OAMal), lequel a énuméré aux art. 13 à 16 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) les prestations spécifiques de maternité à la charge des assureurs-maladie. Elles comprennent, outre l'accouchement, certains examens de contrôle effectués durant la grossesse ou après l'accouchement, ainsi que les frais de cours de préparation à l'accouchement et de conseils en cas d'allaitement, de même que des prestations effectuées par des sages-femmes. Ces prestations ne concernent toutefois pas directement le cas de la recourante.

Selon le Dictionnaire des termes de médecine (GARNIER DELAMARE, 23ème éd, Paris, 1992), l'accouchement est l'acte par lequel une femme se délivre du produit de la conception (fœtus et annexes) à une époque où le fœtus est viable.

L'accouchement à terme se produit au bout de 280 jours. Il commence par la dilatation du col de l'utérus (phase la plus longue), se poursuit par l'expulsion de l'enfant et se termine par celle du placenta. L'enfant est considéré comme viable à partir du 180ème jour de la grossesse.

Dans un arrêt récent (ATFA non publié du 14 octobre 2002 en la cause K 14/01), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a confirmé sa jurisprudence concernant la participation aux frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse (ATF 127 V 268 publié in RAMA 6/2001 p. 483). Selon cette jurisprudence, les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie, ce qui entraîne l'obligation des assurées de participer aux coûts des prestations dont elles bénéficient.

5. En l'espèce et en préambule, il y a lieu de préciser que les soins prodigués à l'assurée durant son premier séjour à la clinique ne figurent pas dans la liste des soins prévus en cas de maternité et mentionnés dans l'OPAS. Cela n'est toutefois pas contesté par les parties.

   La question qui se pose est donc de savoir si, ainsi que le soutient la recourante, l'hospitalisation en cause peut être considérée comme faisant partie d'un accouchement. Si cela n'est pas le cas, il y aura lieu de déterminer si celui-ci doit être pris en charge pas la caisse comme « assistance à l'accouchement ».

   Dans l'arrêt susmentionné (K 14/01), le TFA s'est posé la question de savoir si un traitement anticoagulant (Fragmin) qui devait être administré au nourrisson après sa naissance devait être pris en charge par l'assurance-maladie à titre de maternité, c'est-à-dire sans franchise ni quote-part. D'après le Tribunal fédéral, un tel traitement n'entre pas dans le cadre de ce que l'on considère comme une grossesse normale, raison pour laquelle la caisse-maladie peut exiger de la part de l'assurée une franchise et une quote-part. En effet, un tel cas constitue une complication de grossesse, qui doit être exclue des prestations en cas de maternité. Par ailleurs, ces complications ne peuvent être comprises dans les prestations en cas de maternité,

dans la mesure où elles n'étaient pas survenues « durant la grossesse ». Cet arrêt concerne un problème bien différent de celui de la recourante, mais est intéressant dans la mesure où le Tribunal fédéral a confirmé sa jurisprudence de principe initiée dans une arrêt précédent (ATF 127 V 268).

Selon cette jurisprudence de principe, dans l'ancien comme dans le nouveau droit, les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie, ce qui entraîne l'obligation des assurées de participer aux coûts des prestations dont elles bénéficient. Par ailleurs, la distinction entre les prestations obligatoires lors d'une grossesse normale et celles en cas de grossesse à risques a été jugée compatible avec le sens et le but de la réglementation prévoyant la libération de toute participation aux coûts des prestations en cas de maternité.

Cette affaire (ATF 127 V 268) traitait d'un cas similaire à celui de la recourante ; il s'agissait d'une assurée ayant dû être hospitalisée durant sa grossesse en raison de saignements vaginaux et d'importantes contractions lors de la 28ème semaine. Dans les deux cas l'enfant était viable au moment où les contractions étaient survenues et un acte d'accouchement avait débuté. Le TFA a retenu que les soins administrés à la mère dans de tels cas n'avaient pas à être prodigués lors d'une grossesse dite « normale », de sorte qu'ils devaient être considérés comme faisant partie des prestations à titre de maladie. On notera ici que le tribunal des assurances de Bâle-Ville avait réclamé un changement de cette jurisprudence, ce que le Tribunal fédéral des assurances a expressément exclu. La définition précise de ce qui doit être considéré comme une grossesse normale n'a pas été précisément explicitée par notre Haute Cour, qui avait toutefois jugé que des contractions lors des 28e et 29e semaines constituaient un cas de complication de grossesse.

Eu égard à ces considérations, force est de constater que la décision de la caisse est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances et qu'en conséquence, les soins reçus par la recourante à la clinique X_____ du 26 janvier au 3 février 2003 doivent être considérés comme des complications de grossesse et donc comme découlant d'une maladie au sens juridique, de sorte que la franchise ainsi qu'une participation aux coûts peuvent être exigées de l'assurée.

Le recours sera donc rejeté.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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