REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1805/2004** **ATAS/125/2006**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 1

## du 7 février 2006

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame M_____, représentée par Madame D_____, juriste, Permanence juridique sur l'assurance-maladie/accident, dans les bureaux de laquelle elle élit domicile | recourante |
| contre | |
| PHILOS-SECTION FRV, Service du Contentieux, ayant son siège avenue du Casino 13 à Montreux | intimée |

---

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,**
**Mmes Karine STEDK et Valérie MONTANI, Juges**

---

## EN FAIT

1. Madame M_____, née en 1971, est affiliée auprès de la Caisse-maladie PHILOS-SECTION FRV (l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins avec une franchise de 400 fr. risque maladie uniquement d'une part, et d'autre part, pour le module A de l'assurance complémentaire facultative, risque maladie et accidents, depuis le 1er janvier 2002.

2. Une demande de garantie pour cas d'hospitalisation a été déposée le 9 décembre 2003 pour la Clinique des Grangettes. L'assurance a indiqué que "à défaut de convention, PHILOS ne donne aucune garantie. En revanche, la patiente est bel et bien assurée par PHILOS-SECTION FRV". L'assurée a subi une intervention à la Clinique des Grangettes le 10 décembre 2003. Trois factures ont été établies le 26 janvier 2004 par la Clinique des Grangettes pour un montant de 4'629 fr. 20, le 15 décembre 2003 par le Docteur A_____ pour 3'444 fr. 75 et le 27 janvier 2004 par la Doctoresse B_____, anesthésiste, pour 1'113 fr.

3. Par décision du 12 mars 2004, l'assurance, rappelant que son médecin-conseil lui avait déclaré que le traitement prévu et l'hospitalisation étaient justifiés, et ne comprenant pas pour quel motif trois factures avaient été établies, a informé l'assurée qu'il lui rembourserait l'équivalent de deux jours d'hospitalisation aux Hôpitaux universitaires genevois, à savoir 792 fr.

4. L'assurée, représentée par la Permanence juridique sur l'assurance-maladie/accident (BCAS) a formé opposition le 13 avril 2004. Elle allègue que l'intervention avait été prévue pour être subie sur le mode ambulatoire, qu'elle ignore dès lors pour quelle raison la Clinique des Grangettes avait déposé pour elle une demande de garantie pour un cas d'hospitalisation.

5. Par décision sur opposition du 29 juin 2004, l'assurance, se référant expressément à l'art. 3 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie du 3 juillet 2002, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a considéré qu'il s'agissait d'un cas d'hospitalisation et non pas d'une intervention ambulatoire. Elle a cependant attiré l'attention de l'assurée sur le fait "qu'il ne s'agit pas forcément d'un litige entre Madame M_____ et PHILOS, mais plutôt à notre sens d'un litige entre assureurs et fournisseur de soins. C'est la raison pour laquelle nous offrons volontiers le choix de porter cette affaire à nos frais et au nom de Madame M_____ devant le Tribunal arbitral".

6. L'assurée a interjeté recours le 30 août 2004 contre ladite décision sur opposition. Elle persiste à dire que son cas a été traité ambulatoirement conformément aux circulaires N° 09/2003 et 15/2003 de Santésuisse Genève.

7. Invitée à se déterminer, l'assurance relève que selon les informations en sa possession, l'assurée est entrée à la Clinique des Grangettes le 10 décembre 2003 à 11 h 30 et en est sortie le lendemain à la même heure, d'une part et que le Docteur A_____ a indiqué à son médecin-conseil que sa patiente devait être hospitalisée, d'autre part.

8. Sur demande du Tribunal, la Clinique des Grangettes a expliqué que:

   "nous avons eu une demande de pré-réservation émise par M. Pascal A_____, médecin de *l'assurée*. Nous avons envoyé une demande de garantie à sa caisse-maladie comme nous le faisons habituellement pour la majorité de nos patients. Après vérification nous avons pu constater *que l'assurée* n'était couverte que par l'assurance de base auprès de *l'assurance*. Suite à cela nous en avons informé M. A_____ qui a décidé d'hospitaliser sa patiente sur une période de moins de vingt quatre heures, comme nous l'avons expliqué à notre patiente lors de son admission dans notre établissement le 10 décembre à 11 h 30. *L'assurée* est repartie le 11 décembre à 11 h 00, ce qui correspond à un séjour ambulatoire" (cf. courrier du 10 novembre 2004).

   Le 25 novembre 2005, la Clinique des Grangettes a produit copie d'un extrait du dossier administratif de la patiente, sur lequel il est indiqué 10 décembre 11 h 30 comme date d'entrée et 11 décembre 11 h 00 comme date de sortie.

   Ce document a été transmis aux parties le 2 décembre 2005.

9. Le 22 décembre 2005, l'assurance, tout en admettant qu'il s'agissait bien, vu les heures indiquées, d'un séjour de moins de 24 heures, a déclaré qu'elle maintenait toutefois sa position, considérant que: "vu les circonstances, on peut aisément admettre que la recourante a effectivement occupé un lit pendant la nuit du 10 au 11 décembre 2003".

10. La cause a été gardée à juger.

## 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 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 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 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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

4. Ratione temporis, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables.

5. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

6. Le litige porte en l'espèce sur la question de savoir si l'assurance était en droit de refuser la prise en charge des trois factures établies par la Clinique des Grangettes par les Docteurs A_____ et B_____, et de ne rembourser à l'assurée que le forfait prévu pour l'hospitalisation en division commune des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

7. Aux termes de l'art. 41 al. 1 LAMal, l'assuré a le choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré. En cas de traitement hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

   Selon l'art. 3 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie du 3 juillet 2002, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont réputés traitements hospitaliers, au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, les séjours à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins.

8. En l'espèce, considérant que l'assurée était entrée à la clinique le 10 décembre 2003 et n'en était sortie que le lendemain, l'assurance en a conclu que celle-ci avait subi un traitement hospitalier, raison pour laquelle le remboursement avait été calculé sur la base du forfait journalier.

   Or, renseignements pris auprès de la Clinique des Grangettes, il s'avère que l'assurée a en réalité été admise dans l'établissement le mercredi 10 décembre 2003 à 11 h 30 et l'a quitté le lendemain à 11 h 00. Elle n'y a ainsi pas séjourné 24 heures au moins.

Force dès lors est de constater qu'il n'y a pas eu traitement hospitalier au sens de l'art. 3 de l'ordonnance susmentionnée. Aussi, les trois factures établies par la Clinique des Grangettes, les Docteurs A_____ et B_____ doivent-elles lui être remboursées jusqu'à concurrence du tarif applicable.

**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. L'admet.

3. Annule les décisions des 12 mars 2004 et 29 juin 2004.

*4.* Dit que Madame M_____ a droit au remboursement des trois factures litigieuses jusqu'à concurrence du tarif applicable.

5. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de 750 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

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 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 : |
|---|---|
| Marie-Louise QUELOZ | Doris WANGELER |

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