RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2567/2005 **ATAS/530/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 31 mai 2006

En la cause

Madame L_____, domiciliée COLOGNY recourante

contre

ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, Z.I. En Budron A1, 1052 LE MONT s/ LAUSANNE intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Doris WANGELER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame L_____ est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'ASSURA (ci-après la caisse) depuis le 1er octobre 1995. En l'an 2002, elle était au bénéfice des catégories d'assurances suivantes : BASIS (assurance obligatoire des soins avec une franchise de 600 fr., risques accidents inclus) COMPLEMENTA PLUS (assurance complémentaire des soins spéciaux élargis) et OPTIMA (assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique [chambre à deux lits] avec limitation du choix de l'établissement).

2. Le 25 mars 2002, l'assurée a été admise à la "établissement hospitalier" pour une coronographie.

3. Par courrier du 15 avril 2002, la caisse lui a précisé que l'établissement en cause ne figurait pas sur la liste des fournisseurs de soins admis au titre de la catégorie d'assurance OPTIMA, raison pour laquelle ses prestations étaient limitées. Il a été par ailleurs rappelé à l'assurée qu'elle était tenue d'annoncer toute hospitalisation. Si elle l'avait fait en l'occurrence, cela aurait permis à la caisse de la mettre en garde quant à la limitation de ses prestations.

4. Le 7 mai 2002, la clinique a adressé à l'assurée une facture d'un montant total de 9'556 fr. 50.

5. Après plusieurs entretiens téléphoniques avec sa caisse, l'assurée, par courrier du 14 août 2002, a contesté la position de cette dernière, qui entendait limiter ses prestations à 880 fr. par jour. Elle a fait remarquer qu'elle était restée à la clinique moins de 24h et qu'il ne s'agissait dès lors pas d'une hospitalisation. Elle a produit une attestation émanant du service des débiteurs de la clinique indiquant qu'elle y avait séjourné du 25 mars 2002 à 8h au 26 mars 2002 7h55.

6. La caisse a confirmé sa position envers la clinique et à l'assurée par courriers du 13 novembre 2002. Elle s'est référée à des renseignements que lui aurait fournis le Dr A_____ selon lequel l'hospitalisation aurait duré deux jours. Par ailleurs, lors d'un contact téléphonique le 10 avril 2002, le service de facturation de la clinique lui aurait affirmé que la patiente avait quitté la clinique à 8h15 le 26 mars 2002.

7. Le 15 octobre 2004, la clinique a informé l'assurée, s'agissant de son hospitalisation de moins de 24h, que le litige opposant les cliniques privées de Genève et les assureurs maladie s'était soldé par une première décision du Conseil fédéral en mars 2003 à la suite de laquelle les cliniques avaient alors commencé à corriger leurs factures et à rembourser leurs patients, qu'une nouvelle procédure avait cependant été engagée qui avait imposé l'arrêt de ces démarches, qu'en date du 12 mars 2004, le Conseil fédéral avait rejeté le recours de assureurs et que la clinique était donc

désormais en mesure de lui communiquer une facture conforme au règlement du Conseil d'Etat. Celle-ci présentait un solde de Fr. 8'692.65.

8. Par lettre du 10 mars 2005, le conseil de l'assurée a saisi la caisse d'une demande de réexamen motivée par le fait que l'assurée avait quitté l'établissement avant que ne se soient écoulées 24 heures. Il en a conclu que le solde du montant facturé par l'établissement devait être acquitté.

9. Par courrier du 15 mars 2005, la caisse a refusé d'entrer en matière en raison de la tardiveté de la contestation, intervenue plus de deux ans après sa prise de position du 13 novembre 2002.

10. Par courrier du 18 mars 2005, le conseil de l'assurée a invité la caisse à entrer en matière sur sa contestation au motif que la facture initiale émise par la "établissement hospitalier" avait été modifiée dans l'intervalle.

11. Par décision formelle du 24 mars 2005, la caisse a confirmé son refus d'entrer en matière en soulignant que les arguments invoqués par l'assurée ne justifiaient pas le délai de 28 mois après lequel la contestation avait été formulée.

12. Par courrier du 28 avril 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision.

13. Par décision sur opposition du 15 juin 2005, la caisse a confirmé sa décision du 24 mars 2005. Elle a invoqué la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances en la matière et allégué que l'assurée aurait dû lui faire part de sa contestation dans un délai qui devait pouvoir être qualifié de raisonnable. Or, en l'espèce, c'est par courrier du 13 novembre 2002 qu'elle avait expliqué à l'assurée les motifs pour lesquels les prestations relatives à son hospitalisation du 25 au 26 mars 2002 devaient être limitées. Quant aux arguments invoqués par l'assurée pour faire valoir une qualification différente de celle de la caisse, cette dernière a allégué qu'ils ne nécessitaient nullement vingt-huit mois de recherches et de réflexion puisqu'il s'agissait en effet simplement de produire le document qui confirmerait que le traitement devait en réalité être qualifié de traitement ambulatoire en raison de sa durée. Finalement, le fait que la facture de la clinique avait été modifiée n'avait eu aucune influence sur la qualification du traitement et, partant, sur l'argumentation que l'intéressée a fait valoir à l'appui de sa contestation. La caisse a estimé que l'assurée ne saurait donc ainsi se prévaloir de cette situation, qui n'avait pas d'influence directe sur la nature du litige.

14. Par courrier du 15 juillet 2005, l'assurée a interjeté recours. Elle conclut à l'annulation des décisions litigieuses et à la condamnation de la caisse à lui verser l'intégralité des prestations découlant du traitement ambulatoire qu'elle a subi les 25 et 26 mars 2002 soit 8'692 fr. 65 avec intérêt à 5% dès le 16 octobre 2004, sous déduction de la somme de 1'760 fr., avec suite de frais et dépens. L'assurée a relevé que la caisse avait refusé de prendre en charge la facture de la "établissement

hospitalier" en invoquant différents motifs. Ainsi, elle a en premier lieu prétendu qu'il s'agissait d'une hospitalisation et non d'un traitement ambulatoire et que dans ces circonstances, elle ne devait pas prendre à sa charge l'intégralité du traitement subi. Elle a ensuite prétendu que la contestation était tardive et que dès lors, elle n'avait plus l'obligation de la rembourser. L'assurée souligne cependant qu'à l'époque des faits, un litige opposait les cliniques privées aux caisses-maladie et qu'il avait pour incidence que le montant final de la facture n'était pas connu. Elle relève que tant que le litige relatif au montant final n'était pas réglé, on ne pouvait ainsi attendre d'elle qu'elle conteste ladite facture puisqu'elle ne connaissait pas le montant final dont elle devrait finalement être remboursée. L'assurée fait remarquer que, dans ces circonstances, durant près de deux ans, la situation n'a pas été claire pour les cliniques privées qui ont suspendu leur facturation et que c'est dans ce contexte qu'elle a attendu la nouvelle facture de la clinique. Elle ne savait ainsi pas dans quelle mesure sa facture serait modifiée et c'est la raison pour laquelle elle a préféré attendre de recevoir une facture définitive avant de se retourner auprès de sa caisse pour solliciter une fois encore le remboursement de l'intégralité du montant. Elle souligne qu'une telle démarche était inutile tant que le montant final n'avait pas été fixé. Qui plus est, la caisse savait qu'elle contestait sa décision de ne prendre en charge qu'une partie de la facture. L'assurée fait valoir que la clinique n'a pu retrouver de traces du prétendu entretien téléphonique avec son service de facturation et a contesté que ce dernier ait pu affirmer que le séjour de la patiente avait été de plus de 24 heures dans la mesure où cette information est en totale contradiction avec celle contenue dans le système informatique.

15. Invitée à se prononcer, la caisse, dans sa réponse du 3 août 2005, a conclu au rejet du recours. Elle estime que l'établissement d'une nouvelle facture n'a eu aucune incidence sur la qualification du traitement (ambulatoire, semi hospitalier ou hospitalier) puisque le litige susmentionné avait uniquement pour objet un problème de tarif, sans conséquence sur l'étendue des obligations de l'assureur dans un cas où l'assurée ne disposait de toute façon pas de la couverture d'assurance nécessaire pour séjourner dans l'établissement en cause. En tous les cas, seules les prestations de l'assurance obligatoire des soins pouvaient être allouées. Les prétentions que l'assurée pouvait faire valoir à son encontre ne dépendaient ainsi pas de l'issue du litige entre caisses-maladie et assureurs et l'intéressée était en possession des éléments lui permettant le cas échéant de contester la position de l'assureur dès l'établissement du décompte de prestations relatifs au traitement du 25 au 26 mars 2002. Son absence de réaction au courrier du 13 novembre 2002 pouvait très bien être interprétée par l'assureur comme une acceptation de sa position et une renonciation à la contester. Un délai de 28 mois ne saurait ainsi en aucun cas être admis dans de telles circonstances. Quant à l'argument selon lequel l'assurée avait d'ores et déjà contesté la position de sa caisse dès réception du décompte de prestations, la caisse fait valoir qu'elle n'en était pas moins fondée à

considérer qu'après les explications détaillées fournies par courrier du 13 novembre 2002, l'assurée avait obtenu satisfaction.

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 sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références).

4. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

5. En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si la caisse était habilitée refuser d'entrer en matière sur la contestation de l'assurée pour cause de tardiveté.

6. Dans l'arrêt du TFA invoqué par la caisse (ATF 102 V 13 consid. 2a), la Haute Cour a rappelé qu'il n'y a pas, pour la caisse-maladie, d'obligation légale de régler, dans chaque cas, ses rapports juridiques avec ses membres en édictant des décisions formelles. Elle ne doit rendre une semblable décision, indiquant notamment les voies de droit et susceptible de passer en force de chose jugée à défaut de recours, que lorsque l'intéressé exige un tel acte ou qu'il ressort de son attitude qu'il n'accepte pas la manière dont la caisse entend régler une affaire le concernant. La

loi ne précise pas dans quel laps de temps l'assuré doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par la caisse et faire valoir son droit à une décision formelle, attaquable dans les 30 jours dès sa notification devant le tribunal des assurances. Le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion d'examiner cette question. Il a déclaré qu'on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. Savoir si l'on est en présence d'une telle renonciation doit être examiné de cas en cas; on peut toutefois attendre de l'assuré qui n'admet pas une certaine solution, et entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'il fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable.

7. En l'espèce, il convient d'examiner, dans le cas particulier, si la caisse pouvait considérer qu'il y avait eu renonciation de l'assurée. Le Tribunal de céans est d'avis que tel n'est pas le cas. La situation n'est en effet pas comparable à celle qui a fait l'objet de l'ATF 102 V 13, où l'assuré avait expressément admis les réserves formulées par la caisse. Il était donc permis à cette dernière de penser qu'il tenait la mesure de l'administration pour justifiée. Il n'en va pas de même dans le cas présent puisque l'assurée a clairement contesté, par plusieurs entretiens téléphoniques et un courrier daté du 14 août 2002, la position de la caisse, pièces à l'appui. Certes, elle n'a pas ensuite confirmé sa contestation après le courrier que lui a adressé la caisse en novembre 2002 mais elle n'y a pas non plus adhéré. Il est par ailleurs compréhensible qu'elle ait attendu de recevoir la facture définitive de la clinique pour faire valoir ses prétentions. S'il est vrai que le litige entre assureurs et cliniques privées n'avait pas d'incidence directe sur la question litigieuse en l'espèce, il n'en demeure pas moins qu'il avait des conséquences sur le montant final de la facture et donc sur les prétentions de l'assurée envers la caisse. On ne saurait, en de telles circonstances, considérer que l'assurée a agi tardivement et c'est donc à tort que l'intimée a refusé d'entrer en matière.

8. Il convient donc d'annuler les décisions de la caisse des 24 mars et 15 juin 2005 et de renvoyer la cause à cette dernière pour qu'elle statue au fond. Ce faisant, il lui appartiendra de vérifier si le traitement subi par l'assurée doit être qualifié d'ambulatoire ou non, étant rappelé que non seulement la clinique a établi une attestation en bonne et due forme certifiant que le séjour de l'assurée a duré moins de 24h mais qu'elle le confirme encore expressément dans sa facture du 15 octobre 2004.

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 24 mars et 15 juin 2005.

4. Renvoie la cause à ASSURA pour nouvelle décision au sens des considérants.

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 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

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