REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2907/2007 **ATAS/77/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 24 janvier 2008

En la cause

Monsieur M_____, domicilié, à Thônex, CH recourant

contre

KPT/CPT CAISSE-MALADIE, case postale 8624, 3001 Berne intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine KOEPPEL et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____, affilié auprès de KPT CAISSE-MALADIE SA pour l'assurance obligatoire de soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, a été victime, entre 1988 et 2000, de plusieurs accidents qui ont entraîné des lésions dentaires.

2. Le 1er janvier 2005, il a choisi une franchise à option de 2'500 fr.

3. Le 9 mars 2005, le Dr A_____ a transmis à KPT un devis daté du 25 mai 2005 d'un montant de 2'902 fr. pour le traitement de la dent 21 de l'assuré.

4. Par courrier du 14 avril 2005, KPT a informé le Dr A_____ qu'elle acceptait la prise en charge du traitement préconisé, que les factures pourraient lui être transmises directement et que la participation légale aux coûts serait facturée à l'assuré après décompte. Une copie de ce courrier a été adressée à l'assuré.

5. KPT a payé la facture du Dr A_____ datée du 3 mai 2006 et portant sur un montant de 2'917 fr. KPT a ensuite facturé à l'assuré, par décompte du 25 mai 2006, 2'520 fr. 95 au titre de la participation aux coûts (2'476.95 [franchise, un montant de 23.05 ayant déjà été à charge de l'assuré au titre de la franchise pour les prestations fournies en 2005] + 44.- [quote-part de 10% sur les 440.05 restants). Ce décompte a été établi en décomptant totalement la facture du Dr A_____ sur l'année 2005.

6. Suite à un téléphone de l'assuré lui demandant des explications, KPT les lui a fournies par courrier du 12 juin 2006.

7. En date du 14 juin 2006, Madame M_____, mère de l'assuré, a manifesté son mécontentement concernant le décompte du 25 mai 2006, qu'elle a retourné à KPT.

8. Le 29 juin 2006, KPT a confirmé à l'assuré que ce décompte était correct et le lui a renvoyé.

9. Par courrier du 10 juillet 2006, la mère de l'assuré a renvoyé une nouvelle fois le décompte à la caisse en alléguant que ce montant n'était pas à la charge de son fils qui, étudiant, serait de toute façon dans l'impossibilité de l'assumer.

10. Par courrier du 7 août 2006, KPT a expliqué que le traitement dentaire constituait une prestation à charge de l'assurance-maladie mais que toute prestation de l'assurance obligatoire des soins était soumise à la participation aux coûts.

11. Par courrier du 3 octobre 2006, KPT a informé l'assuré qu'une erreur avait été commise lors du traitement de la facture du Dr A_____. Celle-ci avait été en effet entièrement décomptée sur l'année 2005 alors qu'elle comprenait également

des traitements effectués au cours de 2006. Un nouveau décompte devrait donc parvenir à l'assuré étant précisé que celui du 25 mai 2006 n'était plus valable.

12. Dans l'intervalle, KPT a reçu une facture du Dr B_____ pour un montant de 2'013 fr. 80, qu'elle a versé directement à ce dernier.

13. KPT a ensuite établi un nouveau décompte en date du 5 octobre 2006. Aux termes de ce décompte, la facture du Dr B_____ (2'013 fr. 80) a été mise intégralement à la charge de l'assuré au titre de la franchise pour l'année 2006. Puis la facture du Dr A_____ a été répartie entre 2005 et 2006. Ont été réclamés à l'assuré : 1'092 fr. 05 (franchise 2005), 486 fr. 20 (franchise 2006 [la facture du Dr B_____ - de 2'013 fr. 80 - ayant déjà été mise à charge de l'assuré pour cette année-là]) et 133 fr. 85 (quote-part de 10% de la prestation fournie en 2006 restant après réduction de la franchise). En définitive, la somme réclamée à l'assuré s'élevait à 3'725 fr. 90 (2'013.80 [facture du Dr B_____ entièrement portée sur la franchise 2006] + 1'092.05 [part de la facture du Dr A_____ relative à 2005 et tombant intégralement dans la franchise de cette année-là] + 486.20 [part de la facture du Dr A_____ relative à 2006 et tombant sous le coup de la franchise 2006] + 133.85 [quote-part sur le montant restant, une fois la franchise utilisée]).

14. Par la suite, KPT a constaté qu'une nouvelle erreur avait été commise dans le traitement de la facture du Dr A_____ : la prestation médicale fournie le 27 juin 2005 (29 fr. 20) avait été portée sur l'année 2006 au lieu de l'être sur l'année 2005. KPT a informé l'assuré de cette erreur par courrier du 8 janvier 2007 et lui a communiqué un nouveau décompte, daté du 5 janvier 2007. Aux termes de ce dernier, l'assuré devait encore à la caisse un montant de 89 fr. 30 (différence entre le montant de 3'725 fr. 90 auquel avait abouti le décompte précédent et celui de 3'815 fr. 20 finalement dû après la correction susmentionnée : 2'013.80 [facture du Dr B_____ entièrement portée sur la franchise 2006] + 1'191.25 [part de la facture du Dr A_____ relative à 2005 et tombant intégralement dans la franchise de cette année-là] + 486.20 [part de la facture du Dr A_____ relative à 2006 et tombant sous le coup de la franchise 2006] + 123.95 [quote-part sur le montant restant, une fois la franchise utilisée]).

15. L'assuré s'est acquitté de ce montant de 89 fr. 30 en date du 19 janvier 2007.

16. Constatant que le solde dû, de 3'725 fr. 90, n'avait pas été payé par l'assuré, KPT a demandé à ce dernier de s'en acquitter, à moins qu'il ne le conteste. Auquel cas, il était prié de le lui faire savoir, afin qu'une décision formelle soit rendue.

17. Par courrier du 19 mars 2007, l'assuré a contesté de voir les 3'725 fr. 90 réclamés et a au surplus demandé que lui soient remboursés les 89 fr. 30 payés le 19 janvier 2007.

18. Par décision formelle du 5 avril 2007, KPT a confirmé sa position - à savoir que l'assuré devait s'acquitter du montant de 3'725 fr. 90 pour les factures des Drs A_____ et B_____ des 3 mai et 14 juillet 2006.

19. Par courrier du 14 mai 2007, l'assuré a formé opposition à cette décision.

20. Par décision sur opposition du 3 juillet 2007, la caisse a confirmé sa décision du 5 avril 2007. Elle a fait remarquer qu'il n'était pas contesté que le traitement dentaire de l'assuré était une suite d'accident et constituait à ce titre une prestation obligatoire à charge de l'assurance-maladie.

    KPT a reconnu avoir manqué d'attention lors des traitements des factures concernées. Elle a également admis que les décomptes établis manquaient parfois de clarté et pouvaient occasionner certaines difficultés de compréhension. Elle a présenté ses excuses, tout en précisant qu'il n'en demeurait pas moins que c'était à juste titre que la somme de 3'815 fr. 20 avait été mise à la charge de l'assuré.

    KPT a fait remarquer par ailleurs que le courrier du 14 avril 2005 par lequel elle a informé le Dr A_____ que les conditions de la prise en charge étaient remplies, n'avait pas suscité de réaction de l'assuré, alors que ce courrier faisait expressément mention de la participation aux coûts à sa charge.

    La caisse a enfin rappelé que chaque assuré est libre de choisir une franchise plus élevée que la franchise de base et qu'il lui appartient de prendre conscience, au moment de faire son choix, des conséquences financières que peut avoir une franchise plus élevée.

21. Par courrier du 9 août 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue qu'au moment de la survenance de l'accident, il était assuré auprès de KPT selon la loi en vigueur à ce moment-là, c'est-à-dire sans franchise ni restriction. Il invoque les droits acquis alors. Il explique par ailleurs que s'il a opté pour une franchise élevée, c'est uniquement pour pouvoir continuer à faire face aux primes, étant rappelé qu'il est étudiant et ne dispose d'aucun revenu. Il reproche à KPT - dont il soutient qu'elle savait que le traitement final de l'accident aurait lieu lorsqu'il aurait 20 ans - de ne pas avoir attiré son attention sur les conséquences d'une franchise de 2'500 fr. Il lui reproche d'avoir abusé de son ignorance en acceptant d'augmenter la franchise au moment le plus défavorable pour lui. Par ailleurs, il allègue que la caisse a fait tellement d'erreurs dans ses décomptes qu'il ne peut plus avoir confiance et ne sait plus à quoi s'en tenir.

22. Invité à se déterminer, KPT, dans sa réponse au recours du 13 septembre 2007, a conclu au rejet du recours. Elle a repris en substance les arguments développés dans sa décision sur opposition.

23. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 23 novembre 2007.

A cette occasion, la mère de l'assuré a expliqué avoir été tout à fait consciente du risque pris, lorsqu'elle a demandé une augmentation de franchise pour son fils et le reste de la famille. C'est la raison pour laquelle elle a contacté la caisse téléphoniquement en expliquant la situation de son fils qui, mineur, a subi un accident qui devrait encore entrainer des traitements dans le futur. Il lui aurait été répondu qu'il bénéficiait d'un "droit acquis".

Madame N_____, représentant KPT a expliqué que le collaborateur avait sans doute simplement voulu indiquer par là que l'assurance maladie continuerait à prendre le cas en charge. Madame N_____ a par ailleurs fait remarquer que l'assureur ne peut deviner quels sont les traitements prévus et à quel moment ils seront précisément effectués puisqu'il n'y avait pas urgence. L'assuré pouvant changer de franchise d'une année à l'autre, le traitement aurait pu se faire l'année d'après ou l'année d'avant. Enfin, Madame N_____ a rappelé que, dans son courrier acceptant la prise en charge du traitement, l'assureur avait attiré l'attention de l'assuré sur le fait que franchise et quote-part seraient à sa charge, sans susciter de réaction de sa part.

Sur ce dernier point, la mère de l'assuré a expliqué que, forte de l'assurance reçue précédemment par téléphone sur les "droit acquis" de son fils, elle n'a pas imaginé les conséquences annoncées dans ce courrier.

24. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. En cas d'accident au sens de l'art. 1a al. 2 let. b LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal). Cela signifie qu'en cas de lésions consécutives à un accident dont la prise en charge incombe à l'assurance maladie, la prise en charge est garantie aux mêmes conditions que s'il s'agissait de lésions dues à une maladie.

   Or, l'art. 64 al. 1 LAMal prévoit que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts dépassant la franchise (quote-part; art. 64 al. 2

LAMal). Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié (art. 64 al. 4 LAMal).

La franchise de base s'élève à 300 fr. par année civile (103 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal]) mais les assureurs ont la possibilité de proposer à leurs assurés des franchises plus élevées (franchise à option) de 500 fr., 1'000 fr., 1'500 fr., 2'000 fr. ou 2'500 fr. pour les adultes (art. 93 al. 1 OAMal).

En l'espèce, le recourant a opté, dès le 1er janvier 2005, pour une franchise à option du montant de 2'500 fr., acceptant par là que les traitements médicaux effectués au cours d'une année civile qui constituent des prestations obligatoires de l'assurance-maladie soient à sa charge à concurrence du montant de 2'500 fr.

Au-delà de ce montant, est également due la participation de 10% sur chaque prestation, le montant maximal de la quote-part étant de 700 fr. par année civile (103 al. 2 et 93 al. 2 OAMal).

La participation aux coûts est due pour toutes les participations fournies par l'assurance-maladie. Elle doit également être prélevée sur les prestations en cas d'accident, même en cas de rechute ou de séquelles d'accident s'étant produit avant le 1er janvier 1996 et pour lesquelles l'assuré n'a à l'époque versé aucune participation aux coûts à l'assureur concerné (Gerhard EUGSTER Krankenversicherung in Schweizerisches Bundesverwaltungsrechts, 2ème édition 2007, n° 1046 p. 754). Le TFA a précisé que ces principes étaient applicables aussi bien à la franchise de base de 300 fr. qu'aux franchises à options plus élevées (RAMA 1998 KV 23 p. 56).

Eu égard aux principes qui viennent d'être énoncés, c'est donc à juste titre que l'intimé a facturé à l'assuré, s'agissant du traitement dentaire qu'il a subi, le montant de la franchise choisie et la quote-part de 10% sur le montant dépassant 2'500 fr.

3. Il convient à présent d'examiner le calcul auquel s'est livré l'intimé dans son dernier décompte afin de vérifier s'il est exact.

En l'espèce, les décomptes litigieux concernent deux factures : celle émise par le Dr A_____ le 3 mai 2006 pour les traitements effectués du 25 février 2005 au 13 avril 2006 (2'917 fr.) et celle établie le 14 juillet 2006 par le Dr B_____ pour les traitements du 10 mai au 4 juillet 2006 (2'013 fr. 80).

En application de 103 al. 3 OAMal, la date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part. En conséquence, lorsqu'une facture comprend des traitements à cheval sur deux années, il convient de la séparer et de décompter chaque prestation médicale en fonction de la date à laquelle elle a été fournie. C'est ce qu'avait omis de faire l'intimé dans ses deux premiers décomptes mais ce qu'elle a fait précisément et de manière finalement correcte dans celui du 5

janvier 2007. Le calcul figurant dans ce dernier n'est pas critiquable et doit être considéré comme conforme aux dispositions légales.

4. Le recourant fait par ailleurs le reproche à l'intimé de ne pas lui avoir déconseillé d'opter pour la franchise la plus élevée alors qu'il savait qu'un traitement devrait être pratiqué. En d'autres termes, il lui fait grief d'avoir failli à son devoir de renseigner.

   Il est vrai que l'art. 27 al. 1 LPGA prévoit expressément que les assureurs et organes d'exécution des diverses assurance sociales sont tenus de enseigner les personnes intéressées sur leurs droit et obligations. Chacun a par ailleurs le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations étant compétents (art. 27 al. 2 première phrase LPGA). Le droit individuel d'être conseillé par l'assureur compétent, instauré par l'art. 27 al. 2 LPGA, vise à permettre aux assurés d'être renseignés dans un cas précis (Rapport de la commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999, p. 62; cf. aussi KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ad art. 27 LPGA, n° 13). La doctrine considère, à raison, que des renseignements erronés fournis sur la base de cette disposition ont des conséquences sous l'angle du droit à la protection de la bonne foi (KIESER, op. cit., n° 17).

   En l'espèce, cependant, ainsi que le fait remarquer l'intimé, on ne peut attendre de lui qu'il étudie de près le dossier de chacun de ses assurés pour déconseiller spontanément à certains d'entre eux d'opter pour une franchise plus élevée. Au surplus, dans le cas particulier, ainsi que cela a été relevé, rien ne laissait supposer à l'intimé que le traitement dentaire aurait lieu précisément cette année-là et non la suivante. Ce grief doit donc être rejeté.

5. Enfin, le recourant estime avoir été induit en erreur par le collaborateur de la caisse qui lui a affirmé qu'il bénéficiait d'un "droit acquis". Ce faisant, le recourant invoque implicitement le principe de la protection de la bonne foi.

   Ancré à l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. En particulier, l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. La protection de la bonne foi ne suppose pas toujours la présence d'un renseignement ou d'une décision erronés. Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une

attente ou espérance légitime (ATFA non publié du 6 mai 2002, K 145/01, consid. 3b). Entre autres conditions toutefois, l'administration doit être intervenue à l'égard de l'administré dans une situation concrète et celui-ci doit avoir pris, en se fondant sur les promesses ou le comportement de l'administration, des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir de préjudice (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les références citées). Par ailleurs, l'ordre juridique ne doit pas avoir changé (Rechtsänderung) depuis le moment où le renseignement a été donné. Dans ce contexte, il convient d'admettre que plus un renseignement est ancien plus l'administré doit s'attendre à ce qu'il ne soit plus conforme au droit en vigueur, compte tenu de changements législatifs ou de pratique.

En l'espèce, il apparaît qu'il n'y a pas eu de renseignement erroné à proprement parler mais un malentendu entre la mère du recourant et le collaborateur de l'intimé. En effet, il ressort simplement de la réponse de ce dernier, telle qu'elle a été rapportée par la mère du recourant, que l'assurance maladie continuerait à prendre en charge le traitement dentaire de l'assuré. On ne saurait en aucun cas en tirer la conclusion, qu'il serait dispensé des dispositions légales relatives à la participation aux coûts des prestations dont l'assuré bénéficierait par la suite. Il en résulte que ce grief doit être également écarté et le recours rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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 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); 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
Brigitte LUSCHER	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