

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3557/2008

ATAS/1265/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 octobre 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourante

contre

ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, Case
postale 7, 1052 Mont-sur-Lausanne

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Evelyne BOUCHAARA, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1965, est assurée pour l'année 2007 auprès d'ASSURA ASSURANCE MALADIE ACCIDENT (ci-après la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) « Basis », avec une franchise de 1'500 fr. (police d'assurance n° _____).
2. Agissant par l'entremise de son conseil, elle s'est adressée à la caisse par télécopie du 11 décembre 2007 en exposant que son médecin traitant, le Dr A_____, gynécologue, n'avait pas décelé le caractère malin d'une tumeur au sein lors des deux dernières mammographies effectuées et que l'interne qui l'avait examinée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en qui elle n'avait pas une totale confiance, ne pouvait pas l'opérer avant 2008 et préconisait une ablation du sein suivie d'une chirurgie reconstructrice.

Etant donné que le Dr B_____, consulté pour un 3^{ème} avis, pouvait l'opérer déjà le 17 décembre 2007, sans ablation ni chirurgie reconstructrice, l'assurée a prié la Caisse de lui indiquer par retour de courrier si elle prenait en charge le cas et, dans l'affirmative, quelle était sa participation, étant précisé que la Clinique des Grangettes demandait une caution de 15'000 fr., mais qu'aux dires de l'assurée, les frais seraient très inférieurs (environ 6'000 fr.).

3. Par télécopie du 12 décembre 2007, la caisse a retourné la garantie d'hospitalisation complétée par ses soins à la Clinique des Grangettes. Il en ressortait que sur le forfait journalier de 695 fr. demandé par cet établissement pour l'hospitalisation de l'assurée en chambre semi-privée, la caisse accordait sa garantie au titre de l'assurance de base, division générale, ce à concurrence du forfait socle en vigueur dès le 1^{er} janvier 2007, soit 573 fr. par jour tout compris. Par ailleurs, la caisse précisait dans le même document que les prestations seraient remboursées à l'assurée selon le système du tiers-garant et qu'en conséquence, la Clinique des Grangettes était invitée à remettre sa facturation directement à l'assurée.
4. Par télécopie du 13 décembre 2007, l'assurée s'est adressée une nouvelle fois à la caisse en expliquant que le Dr A_____ avait fait une erreur de diagnostic en persistant à croire à un simple kyste pendant plus d'une année alors que les divers examens effectués auraient dû lui permettre de diagnostiquer le cancer du sein dont elle souffrait. L'assurée ajoutait que l'interne des HUG à qui le Dr A_____ l'avait envoyée, de même que ce dernier, préconisaient tous deux une solution qu'elle jugeait inacceptable, soit une première opération consistant en l'ablation du sein suivie d'une radiothérapie et/ou chimiothérapie, puis une deuxième opération de chirurgie reconstructive, le tout en 2008, vu les délais d'attente aux HUG.

Rappelant avoir obtenu une seconde opinion du Dr B_____, lequel devait procéder à une opération immédiate le 17 décembre 2007 en vue d'enlever la

tumeur cancéreuse sans ablation du sein ni chirurgie reconstructive, l'assurée a relevé qu'elle ne pouvait pas entrer en clinique sans une caution de 17'000 fr et que le forfait LAMal de 573 fr. / jour ne serait qu'une participation dérisoire aux frais qu'elle aurait à supporter. Elle sollicitait donc un geste de compréhension de la part de la Caisse en précisant que "sans réponse de votre part avant [mon] entrée en clinique le 17 décembre prochain à 6 heures 30, je considérerai donc que vous acceptez d'entrer en matière avec la solution trouvée".

5. Par courrier du 13 décembre 2007 adressé au conseil de l'assurée, la caisse a précisé ce qui suit : « nous vous confirmons que nous allouons nos prestations LAMal, soit 573 fr. par jour tout compris (honoraires médicaux inclus). Ceci selon le principe du tiers garant ». Elle a ajouté que pour ce qui concerne la caution demandée par la clinique des Grangettes, celle-ci est liée au fait que Mme M_____ ne dispose pas d'une couverture d'assurance suffisante pour garantir la totalité des frais.
6. Le 9 janvier 2008, l'assurée a envoyé à la caisse ses factures relatives aux frais médicaux encourus en 2007 pour un montant de 3'924 fr. 77 en l'invitant à les régler. Etaient également jointe une estimation des frais d'hospitalisation datée du 11 décembre 2007, faisant état d'un montant de 10'820 fr. à titre de charges pour l'intervention chirurgicale projetée (honoraires du chirurgien, du médecin anesthésiste et du laboratoire d'histologie non compris).
7. Par courrier recommandé du 28 janvier 2008, auquel étaient jointes deux factures de 14'015 fr. 35 et 1'137 fr, soit 15'152 fr. 35 qui s'ajoutaient au montant de 3'929 fr. 77 non encore remboursé, l'assurée réclamait à la caisse le remboursement d'un montant total de 19'077 fr. 12.
8. Le 15 février 2008, la caisse a communiqué à l'assurée un décompte de prestations aux termes duquel la facture de 14'015 fr. 35 n'était reconnue qu'à concurrence de 2'292 fr. sous déduction d'une participation de 229 fr. 20 pour son hospitalisation à la Clinique des Grangettes du 16 au 19 décembre 2007.
9. Par courrier du 7 mai 2008, l'assurée a invité la Caisse à revoir sa position et, dans le cas contraire, à rendre une décision sujette à opposition.
10. Par décision du 3 juin 2008, la caisse a confirmé la position exprimée dans son décompte du 15 février 2008 au motif que la prise en charge du montant de 2'292 fr. était conforme à ses obligations légales.
11. L'assurée a formé opposition en date du 5 juin 2008. Elle reprochait à la Caisse d'avoir contrevenu aux règles de la bonne foi en ne réagissant que le 4 mars 2008 à son courrier du 17 décembre 2007. Elle a rappelé que dans ce dernier pli, elle avait annoncé ne pas pouvoir entrer en clinique sans une caution de 17'000 fr. et qu'en l'absence de réponse de la part de la Caisse avant son entrée en clinique le 17

décembre 2007, elle considérait que cette dernière acceptait d'entrer en matière pour la prise en charge de l'intervention chirurgicale envisagée.

12. Par décision du 1^{er} septembre 2008, la caisse a rejeté l'opposition, au motif qu'après réception de la télécopie du 13 décembre 2007, elle avait répondu négativement, le jour même, en écrivant au conseil de l'assurée que ses prestations se limiteraient au forfait de « 573 fr. par jour tout compris (honoraires médicaux inclus) ». Par conséquent, « c'est en toute connaissance de cause que l'assurée a souhaité malgré tout se faire hospitaliser à la Clinique des Grangettes », c'est-à-dire en n'ignorant pas que seul le forfait de 573 fr. par jour lui serait remboursé.
13. Par acte du 2 octobre 2008, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent. Considérant que la responsabilité du Dr A_____ est engagée, la recourante conclut, préalablement, à la suspension de l'instruction de la cause, dans l'attente de l'issue de ses démarches à l'encontre dudit médecin. Sur le fond, elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 1^{er} octobre 2008. Elle allègue qu'en l'absence de réponse formelle de l'intimée à sa demande du 13 décembre 2007, elle pensait de bonne foi pouvoir obtenir le soutien de cette dernière « dans une situation particulièrement difficile et urgente ».
14. Dans sa réponse datée du 30 octobre 2008, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle allègue en substance avoir répondu à la télécopie de la recourante du 13 décembre 2007 par un courrier du même jour dans lequel elle indiquait que sa participation s'élèverait à 573 fr. par jour tout compris. Pour cette raison, la recourante ne pouvait pas de bonne foi s'attendre à obtenir le remboursement d'un montant supérieur à la participation précitée.
15. Suite à l'audience de comparution personnelle des parties du 10 décembre 2008, le TCAS, par ordonnance du même jour, a suspendu la cause d'entente entre les parties, dans l'attente de l'issue de la procédure en responsabilité engagée par la recourante à l'encontre de son gynécologue.
16. Par ordonnance du 14 décembre 2009, le TCAS a repris l'instruction de la cause et invité les parties à se déterminer quant à la suite de la procédure.
17. Par courrier du 17 décembre 2009, la recourante a sollicité une nouvelle suspension de l'instruction au motif que la procédure en responsabilité médicale engagée à l'encontre du Dr A_____ était toujours pendante devant le Tribunal de première instance.
18. D'accord entre les parties, le TCAS, respectivement la Cour de céans, compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, ont suspendu derechef l'instruction de la cause par ordonnances des 19 janvier 2010 et 22 février 2011.

19. Par ordonnance du 2 mars 2012, la Cour de céans a repris l'instruction de la cause et imparti aux parties un délai au 23 mars 2012 pour se déterminer sur la suite de la procédure.
20. Par courrier du 22 mars 2012, l'intimée a déclaré souhaiter obtenir un jugement dans cette affaire.
21. La recourante a, quant à elle sollicité à nouveau la suspension de la cause, dès lors que la procédure civile est toujours en cours.
22. Le 10 avril 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins qu'il n'y soit expressément dérogé (art. 1 al. 1 LAMal).
3. En matière d'assurance-maladie, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).

Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente et dans la forme requise par la loi, le recours est recevable (art. 56 al. 1, 58 al. 1 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).

5. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 299 consid. 1.1 et les références).

En l'espèce, la décision sur opposition du 1^{er} septembre 2008 concerne le remboursement de prestations fournies du 16 au 19 décembre 2007, de sorte qu'est notamment applicable la modification de la LAMal du 20 décembre 2006, entrée en vigueur le 21 décembre 2006.

6. Le litige porte sur le montant à charge de l'intimée lors de l'hospitalisation de la recourante dans une clinique privée du 16 au 19 décembre 2007.

7. 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 semi-hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assureur a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1 LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1 3^{ème} phrase LAMal).

b) Selon l'art. 43 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix. Le tarif constitue une base de calcul de la rémunération. En vertu de l'art. 43 al. 2 LAMal, il peut se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), sur la valeur du point attribué à chacune des prestations (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire). À teneur de l'art. 43 al. 4 LAMal, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit que c'est au gouvernement cantonal de fixer le tarif après consultation des intéressés.

c) L'art. 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits qui comprennent aussi bien la rémunération du traitement hospitalier que le séjour à l'hôpital. En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'art. 1a LAMal, le système décrit ne s'applique toutefois qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés en division commune exclusivement (art. 25 al. 1 et 2 let. et 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 106 consid. 3e; RAMA 2001 no KV 181 p. 417, consid. 3.2.1).

Le tarif hospitalier, en tant que tarif forfaitaire selon l'article 49 al. 1 et 2 LAMal, s'établit sur la base de la moyenne des coûts engendrés par une prestation donnée (forfait à la prestation), ou par une journée d'hospitalisation (forfait journalier; RAMA 2001 no KV 181 p. 417, consid. 3.2.2).

En cas de séjour en division privée ou semi-privée, l'assuré n'a droit qu'au remboursement des frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de l'affection, comme s'il avait séjourné en division commune (contribution dite de base, "Sockelbeitrag"; ATF 123 V 290 consid. 6b/dd; ATF non publié K113/06 du 5 décembre 2007, consid. 4.2).

À Genève, le "forfait socle" déterminé en application de la Convention genevoise d'hospitalisation pour soins aigus 2007 entre les Hôpitaux universitaires de Genève et Santéuisse Soleure s'élevait à 573 fr. par jour en 2007. Il en découle que dans le cas particulier, la recourante ne pouvait pas prétendre, au titre de l'assurance obligatoire des soins, à des prestations plus élevées que le forfait en question, soit 4 x 573 fr. pour ses quatre jours d'hospitalisation dans une clinique privée.

8. Reste à déterminer si la recourante peut valablement invoquer sa bonne foi pour obtenir un remboursement plus étendu des frais qu'elle a encourus à la Clinique des Grangettes.

En l'espèce, les griefs de la recourante ne concernent pas le forfait de 573 fr. en tant que tel, mais le comportement de l'intimée après réception de la télécopie de la recourante datée du 13 décembre 2007. Tout en admettant que par courrier du 13 décembre 2007, l'intimée a maintenu sa position, la recourante soutient que l'intimée n'a pas formellement répondu à sa demande formulée dans sa télécopie du 13 décembre et qui avait pour objet la prise en charge du cas au prix réclamé par la Clinique des Grangettes. Dans ces circonstances, elle pensait de bonne foi obtenir le soutien de son assureur dans une situation particulièrement difficile et urgente.

Le principe de la bonne foi protège l'assuré dans la confiance légitime qu'il nourrit envers l'autorité. Il en découle à certaines conditions que des renseignements erronés, ou omis à tort, justifient un traitement dérogeant au droit matériel. Pour que tel soit le cas, il est nécessaire que dans un cas concret, l'autorité ait agi d'une certaine manière envers un ou plusieurs assurés, qu'elle ait été compétente (ou considérée de bonne foi comme telle) pour donner le renseignement en cause, que l'assuré ne pouvait pas ne pas se rendre compte de la fausseté du renseignement reçu et que sur la foi de ce dernier, il ait pris des dispositions qui ne peuvent pas être révoquées sans dommage. Enfin, l'ordre juridique ne doit pas avoir subi de changement depuis que le renseignement a été donné (SCARTAZZINI/HURZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 4^{ème} éd. 2012, pp. 74-75 et les références citées).

Or, en l'occurrence, invoquer la bonne foi est incompatible avec l'attention que les circonstances permettaient d'exiger de la recourante. En effet, le jour même où elle a envoyé sa télécopie du 13 décembre 2007 à l'intimée, cette dernière lui a répondu qu'elle allouera ses prestations LAMal, soit 573 fr. par jour tout compris (honoraires médicaux inclus), ceci selon le principe du tiers garant. Ce faisant,

l'intimée a signifié de manière tout à fait claire et explicite à la recourante, et ce en temps utile, qu'elle n'entendait pas déroger aux tarifs et prix de l'assurance obligatoire des soins.

9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.
10. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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 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), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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