

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4124/2005

ATAS/214/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6
du 6 mars 2006**

En la cause

Madame D. S _____

recourante

contre

PHILOS CAISSE MALADIE-ACCIDENT, section FRV, avenue
du Casino 13, 1820 MONTREUX

intimée

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Juliana
BALDE, Juges.**

EN FAIT

1. Mme M. D. S. _____, née en 1968, est affiliée auprès de la Caisse maladie-accident PHILOS (ci-après : la Caisse) pour l'assurance obligatoire relevant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ainsi que pour la couverture d'assurance complémentaire facultative, risque maladie et accident (modules A et H selon l'art. 3 des conditions générales de l'assurance complémentaire à l'assurances obligatoire des soins - CGA).
2. L'assurée a séjourné à la Clinique des Grangettes du 4 mai au 17 juin 2005.
3. Le 15 juillet 2005, la Clinique des Grangettes a facturé à l'assurée un montant de fr. 413,10 de frais de boissons.
4. Par décision du 25 août 2005, la Caisse a retourné ladite facture à l'assurée en lui indiquant qu'elle n'était pas à sa charge.
5. Le 1^{er} septembre 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision en relevant qu'elle n'avait consommé que de l'eau plate.
6. Le 21 octobre 2005, la Caisse a rejeté l'opposition précisant que la facture litigieuse concernait des prestations non comprises dans le forfait à charge des caisses.
7. Le 18 novembre 2005, l'assurée a recouru contre cette dernière décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il était incompréhensible de payer pour de l'eau plate dont chaque patient devait pouvoir bénéficier. Elle avait aussi séjourné à l'Hôpital cantonal lequel ne lui avait pas facturé les boissons consommées.
8. Le 10 janvier 2006, la Caisse a conclu au rejet du recours. Vu la couverture d'assurance de l'assurée, le recours concernait tant la LAMal que la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA). La Caisse avait versé sur la base de la LAMal un montant de fr. 22'500.- relatif à l'hospitalisation à la Clinique des Grangettes, sous réserve de la participation légale aux coûts. S'agissant de l'assurance complémentaire, les CGA ne prévoyaient pas la prise en charge des frais privés pendant un séjour hospitalier.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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. a) 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'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

b) Conformément à l'art. 56V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît aussi des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance maladie sociale prévues par la LAMal et à l'assurance accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 - LAA (cf. arrêt du Tribunal des conflits du 26 août 2005).

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

3. a) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA (art. 60), le recours dirigé contre la décision sur opposition du 21 octobre 2005 relative à la LAMal est recevable.

b) En outre, il y a lieu de considérer que la recourante a également déposé une demande au sens de l'art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurances privées du 23 juin 1978 - LSA [abrogée dès le 1^{er} janvier 2006 mais dont la teneur de cet art. est reprise à l'art. 85 de la nouvelle LSA entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006], laquelle, intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance - en l'espèce l'hospitalisation de la recourant en mai/juin 2005 - respecte le délai de prescription de l'art. 46 al. 1 LCA et est en conséquence recevable.

4. Selon 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 (première phrase). Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue, le gouvernement cantonal fixe le tarif après avoir entendu les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal). Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits calculés sur la base des coûts applicables à la division commune (art. 49 al. 1 LAMal). Les tarifs sont approuvés par les gouvernements cantonaux ou par une autorité fédérale; les décisions d'approbation des gouvernements cantonaux peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral (art. 53 al. 1 LAMal). Le tarif des prestations par les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) aux assurés selon la LAMal en cas d'hospitalisation en division

commune a fait l'objet d'un règlement du Conseil d'Etat du canton de Genève du 30 avril 2003 (RS GE J 3 05.04; ATF 125 V 101 p. 104).

Or, en l'espèce, la Caisse ne peut être tenue de rembourser en vertu de la LAMal que le forfait journalier de référence pour la division commune de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (ATF 123 V 304; ATF 125 V 101). Elle ne peut en conséquence être tenue de rembourser les frais supplémentaires facturés au titre de boissons par la Clinique des Grangettes en sus du forfait précité.

5. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (ATF du 6 mars 2001, cause 5C. 263/2000).

En l'espèce, il faut donc se référer aux CGA de la Caisse, plus particulièrement au module H faisant partie du contrat de la recourante avec la Caisse, soit l'hospitalisation en division privée.

Selon l'art. 22 let. a CGA, applicable par renvoi de l'art. 29 let. a CGA, "cette assurance complète les prestations de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal en cas d'hospitalisation pour soins somatiques aigus, en division semi-privée ou privée - selon le module choisi par l'assuré-, d'un établissement public ou privé admis par le canton au sens de sa planification hospitalière".

L'art. 24 let. a CGA prévoit que "lors d'un séjour hospitalier dans un établissement public ou privé avec lequel Philos a passé un accord, et pour autant que l'affection traitée soit couverte dans le cadre de la présente assurance, Philos garantit à l'établissement la prise en charge des frais et paie sa facture".

La Caisse a conclu le 27 février 2004, par l'intermédiaire de la Conférence d'assureurs suisses maladie et accident (COSAMA), une convention pour l'hospitalisation privée et semi-privée avec la Clinique des Grangettes (ci-après : la convention). L'art. 3 de cette convention prévoit que "dans le cadre de l'application de la présente convention, seules les prestations suivantes, faisant l'objet du présent accord conventionnel, sont à la charge de l'assureur :

- Forfait journalier.
- Taxe de soins et de surveillance paramédicale.
- Salle d'opération
- Salle de réveil.
- Pharmacie.

- Analyses.
- Physiothérapie.
- Radiologie.
- Médicaments, matériel.
- Prestations médico-techniques" (3.1).

Les interventions médicales qui ne sont pas obligatoirement à la charge des assureurs selon la LAMal (p. ex. chirurgie esthétique) sont exclues de la convention et sont facturées directement au patient, de même que les dépenses personnelles du patient (3.2).

Selon les art. 7.1 et 7.2, les tarifs relatifs aux prestations mentionnées à l'art. 3 al. 1 figurent dans l'annexe tarifaire annuelle. Ceux-ci seront adaptés pour l'année 2005 sur la base de l'indice genevois des prix à la consommation (base mai 2000 = 100), valeurs calculées aux 31 novembre 2003-2004.

Selon l'art. 8.1, la Clinique adresse une facture complète directement à l'assureur, avec copie au patient, lorsqu'une garantie a été fournie. Sur demande de l'assureur une facture détaillée des médicaments, du matériel médical ou des analyses lui sera transmise pour les groupes dont le montant dépasse fr. 1'000.-.

L'annexe tarifaire 2004 à la convention prévoit sous chiffre I que le "forfait journalier Unité de soins", est composé notamment des frais de chambre et pension, soit pour une chambre privée (un lit) un montant forfaitaire de fr. 605.- et pour une chambre semi-privée (deux lits) un montant forfaitaire de fr. 359.-.

En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimée a versé le forfait de pension dû selon la convention. Ainsi, la facture complémentaire pour les boissons établie par la Clinique des Grangettes ne saurait être mise à sa charge.

6. Partant, le recours et la demande ne peuvent qu'être rejetés.
7. Cependant, la recourante devrait pouvoir encore faire valoir ses droits directement auprès de la Clinique des Grangettes afin de déterminer si celle-ci est en droit de facturer des frais de boissons, apparemment non commandées spécialement par la patiente, en sus du forfait journalier convenu avec l'intimée et comprenant les frais de pension payés par cette dernière.

**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 et la demande recevables.

Au fond :

2. Les rejette.
3. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours 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).
4. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nancy BISIN

La Présidente

Valérie MONTANI

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