

BGer 9C 144/2015 vom 17. Juli 2015

Bundesgericht, 2015-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_144_2015

FR: TF 9C 144/2015 du 17 juillet 2015

IT: TF 9C 144/2015 del 17 luglio 2015

Regeste

Assurance-maladie | Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

La LAMal régit l'assurance maladie sociale, qui comprend notamment l'assurance obligatoire de soins (art. 1a al. 1 LAMal). Les litiges qui en découlent relèvent du droit public et peuvent être portés devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss LTF). En revanche, les contestations relatives aux assurances complémentaires, soumises à la LCA (RS 221.229.1), conformément à l' art. 12 al. 3 LAMal , sont de nature civile et peuvent être déférées au Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (art. 72 ss LTF). Le fait que certains cantons - comme le canton de Genève - ont désigné, pour trancher les litiges relatifs aux assurances complémentaires, la même autorité que le tribunal des assurances qui est compétent pour connaître des contestations entre assurés et assureurs dans l'assurance sociale ne suffit pas pour ouvrir la voie du recours en matière de droit public pour ce type de litiges. Même si la personne morale ici en cause est à la fois l'assureur de A. _____ pour l'assurance obligatoire des soins et pour des assurances complémentaires, il n'y a pas lieu d'examiner la cause sous l'angle des assurances complémentaires de droit privé souscrites par la prénommée.

E. 2.1

Le litige porte sur l'étendue de la prise en charge par Swica, à titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais médicaux encourus par A. _____ et sa fille E. _____ lors et à la suite de la naissance de celle-ci, le 28 décembre 2012, dans un établissement hospitalier à l'étranger. Les parties ne remettent pas en cause la prise en charge par la caisse-maladie de la facture de 3'495 euros pour le séjour hospitalier de l'enfant du 13 au 16 janvier 2013 (ch. 4 du dispositif du jugement entrepris). Contestant en revanche l'obligation reconnue par la juridiction cantonale de prendre en charge un montant de 17'290 fr. 85 à titre de solde des factures de 10'324 euros et 7'959 euros pour le séjour hospitalier de l'enfant, de sa naissance au 4 janvier 2013 (ch. 3 du dispositif du jugement entrepris), la caisse-maladie nie devoir s'acquitter de prestations supérieures à celles déjà remboursées à A. _____. De son côté, celle-ci requiert le paiement, de la part de son assureur-maladie, d'un montant supplémentaire de 6'720 euros correspondant au solde de la totalité des frais d'accouchement s'élevant à 7'858 euros.

E. 2.2

Le jugement entrepris expose de manière complète les règles légales sur les prestations en cas de maladie, les prestations spécifiques de maternité, le principe de la territorialité des prestations et ses exceptions prévues par le Conseil fédéral, le principe de la protection de la

bonne foi en relation avec le défaut de renseignement de la part de l'assureur social, ainsi que sur l'entraide internationale en matière de prestations prévue par le renvoi que fait l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (RS 0.142.112.681; ci-après: ALCP), à son annexe II (section A ch. 1), au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1; ci-après: règlement n° 883/2004) et son règlement d'application, le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11; ci-après: règlement n° 987/2009). Il suffit d'y renvoyer.

E. 3.1

En premier lieu, la juridiction cantonale a retenu que les frais médicaux relatifs à l'accouchement du 28 décembre 2012 et à l'hospitalisation de l'enfant E._____ du 28 décembre 2012 au 4 janvier 2013 ne tombaient pas sous le coup des soins programmés au sens de l'art. 20 du règlement n° 883/2004. La caisse-maladie n'avait pas établi d'attestation S2 visée par cette disposition - le courrier du 2 novembre 2012 ne correspondait pas à un tel document - et les conditions prévues par la norme de droit communautaire n'étaient pas réalisées. Il en allait de même des exigences posées par l'art. 19 du règlement n° 883/2004: le but médical du séjour ne prêtait pas à discussion, si bien que le caractère urgent de celui-ci devait être nié. Aussi, A._____ et sa fille ne pouvaient-elles pas solliciter l'entraide internationale en matière de prestations. Le remboursement des frais en cause devait donc être examiné au regard exclusivement du droit interne.

E. 3.2

Sous l'angle du droit suisse, singulièrement de l' art. 36 al. 2 OAMal , les premiers juges ont ensuite constaté que l'assurée s'était rendue le 27 décembre 2012 à une visite de contrôle au Centre C._____, en dehors de toute situation d'urgence, alors qu'elle était déjà dans sa trente-septième semaine de grossesse, soit à environ deux semaines du terme habituel. La décision prise alors par les médecins du Centre C._____ de déclencher l'accouchement en raison d'un retard de croissance du fœtus constituait tout au plus une déviation infime du scénario imaginé par les époux, sans conséquences pour le dénouement de celui-ci. Dans le projet des futurs parents, l'accouchement devait de toute façon se dérouler au Centre C._____, ce que confirmait précisément la visite de contrôle dans cet établissement hospitalier. S'ajoutait à cela que l'assurée n'avait pas été surprise par les signes d'un accouchement imminent, mais avait été admise au Centre C._____ pour un "déclenchement programmé"; elle n'avait donc clairement pas eu l'intention d'accoucher à B._____. En conséquence, les premiers juges ont nié que la condition d'une urgence au sens de l' art. 36 al. 2 OAMal était réalisée, de sorte que l'assurée n'avait pas droit au remboursement des prestations en cause à ce titre.

E. 3.3

En troisième lieu, l'autorité judiciaire de première instance a examiné si l'obligation de rembourser de l'assureur-maladie pouvait se fonder sur une violation du devoir de renseignements et conseils en vertu de l' art. 27 LPGA . Elle a considéré qu'il ressortait du courrier de la caisse-maladie du 2 novembre 2012 à son assurée que Swica entendait prendre en charge une partie des frais d'accouchement dans le cadre des prestations qui lui incombait en vertu de la LAMal, en indiquant les montants-limites de 1'138 euros et

1'703 euros en fonction du mode d'accouchement. Les premiers juges ont par ailleurs constaté qu'à l'inverse de l'assurée, la caisse-maladie n'avait pas été en possession d'un devis du Centre C._____ du 19 octobre 2012, qui faisait état d'un prix de journée de maternité de 938 euros par jour (en cas d'accouchement par voie basse); il ne pouvait dès lors être reproché à Swica d'avoir manqué d'attirer l'attention de son assurée sur le fait qu'une bonne partie des prestations facturées n'allait pas être prise en charge en cas d'hospitalisation prolongée, au regard des tarifs journaliers appliqués par le Centre C._____. La caisse-maladie n'était par conséquent pas responsable de la confusion alléguée par l'assurée entre forfait journalier et forfait par accouchement, même s'il était hautement vraisemblable, de l'avis des juges cantonaux, que sans cette confusion, l'accouchement aurait été planifié à B._____. Les premiers juges en ont conclu que la caisse-maladie n'avait pas violé son devoir de conseils s'agissant des frais d'accouchement de l'assurée et avait à bon droit limité le remboursement des factures la concernant (de 7'858 euros au total) à 1'138 euros, soit 1'425 fr. 60. En revanche, s'agissant des factures se rapportant au séjour hospitalier de l'enfant E._____ du 28 décembre 2012 au 4 janvier 2013, la juridiction cantonale a constaté que la caisse-maladie avait déclaré "rembourser volontairement le prix maximum de la Suisse (DRG No P66C) " (décompte de prestations du 12 juin 2013). Or dans la mesure où le séjour hospitalier de l'enfant au Centre C._____ était une conséquence directe de l'accouchement pour lequel l'assureur-maladie avait été d'accord de déroger à la territorialité des prestations, celui-ci ne pouvait s'en tenir au montant maximum qu'il aurait été obligé de payer en vertu de la police d'assurance obligatoire des soins, dans le cadre de l'art. 41 al. 1biset 1 ter LAMal. Dès lors qu'elle avait autorisé son assurée à recourir à des prestations d'un hôpital étranger non partie à la convention tarifaire pertinente, la caisse-maladie aurait dû au moins, conformément aux règles de la bonne foi, indiquer à l'assurée, dans son courrier du 2 novembre 2012, les conséquences du séjour hospitalier de l'enfant à naître dans un hôpital non conventionné, à savoir la non-prise en charge des prestations excédant, cas échéant, les montants prévus par la convention tarifaire applicable. Les premiers juges ont par ailleurs retenu qu'il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le comportement raisonnable de l'assurée, nantie des renseignements omis au sujet de l'enfant E._____, aurait consisté à ne pas accoucher au Centre C._____, mais dans un hôpital conventionné à B._____. La caisse-maladie n'était dès lors pas en droit de limiter le remboursement des factures de l'établissement hospitalier (de 10'323 euros et 7'959 euros) à 4'393 fr., mais aurait dû prendre à sa charge la différence entre le montant facturé de 22'633 fr. 85 et le montant remboursé, soit 18'240 fr. 85, sous déduction de la franchise (600 fr.) et de la quote-part (350 fr.). Il en résultait un solde de 17'290 fr. 85 à la charge de la caisse-maladie en faveur de l'assurée et de sa fille.

E. 4

Il convient tout d'abord d'examiner les griefs que soulève l'assurée à l'encontre des considérations de la juridiction cantonale selon lesquelles l'assureur-maladie n'était pas tenu de prendre en charge les frais d'accouchement du 28 décembre 2012 (à hauteur de 7'958 euros) au-delà du montant-limite indiqué dans le courrier du 2 novembre 2012 (1'138 euros).

E. 4.1

En ce qui concerne, premièrement, l'entraide internationale en matière de prestations en nature, A._____ invoque une violation de l'art. 25 du règlement n° 987/2009 en relation avec l'art. 20 du règlement n° 883/2004 ("Déplacement aux fins de bénéficiaire de prestations

en nature - Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'Etat membre de résidence"). Elle reproche aux premiers juges d'avoir refusé la prise en charge des frais en cause pour des motifs formels, reposant sur le fait que la caisse-maladie lui avait adressé une décision d'acceptation de la demande de prise en charge qui ne correspondait pas à l'attestation S2 visée par la disposition du règlement d'application communautaire. Elle soutient qu'on ne saurait lui faire porter "la responsabilité des erreurs formelles commises par la SWICA". A. _____ ne peut rien tirer en sa faveur du fait que son assureur-maladie ne lui a pas délivré une autorisation conforme aux exigences de forme au sens des art. 20 du règlement n° 883/2004 et 26 du règlement n° 987/2009 (qui renvoie sur certains points à l'art. 25 du même règlement). Il ressort en effet des considérations de la juridiction cantonale que les conditions auxquelles l'institution compétente, soit Swica, aurait été tenue d'accorder l'autorisation prévue à l'art. 20 du règlement n° 883/2004 à son assurée n'étaient pas réalisées (voir sur ces conditions, l'arrêt de la Cour de justice européenne du 12 juillet 2001, Vanbraekel e. a., C-368/98, Rec. p. I-5363, point 31, relatif à l'art. 22 de l'ancien règlement n° 1408/71; SILVIA BUCHER, Le droit aux soins en cas de séjour temporaire dans un pays européen, in: Droit aux soins, 13ème Journée de droit de la santé, 2007, p. 92 n° 20). La recourante ne le conteste à juste titre pas, compte tenu de la possibilité garantie à toute parturiente en Suisse de bénéficier des soins nécessaires dans un délai acceptable. Par conséquent, indépendamment du respect ou non de la forme de l'attestation, la caisse-maladie était en droit de ne pas délivrer d'autorisation de "recevoir un traitement adapté en dehors de l'Etat membre de résidence", prévue par la disposition de droit communautaire.

E. 4.2

L'assurée reproche ensuite aux premiers juges d'avoir nié le caractère urgent de l'accouchement du 28 décembre 2012, au regard de l' art. 36 al. 2 OAMal . Il leur fait grief d'avoir fait une lecture erronée du compte rendu de cet événement, selon lequel l'enfant présentait une anomalie cardiaque du fœtus sur circulaire du cordon qui menaçait sa vie (rapport du 7 février 2013). Elle demande au Tribunal fédéral de rectifier l'état de fait sur ce point et d'admettre que la condition d'urgence était réalisée.

E. 4.2.1

Comme l'a dûment rappelé la juridiction cantonale, une situation d'urgence en cas d'accouchement suppose, selon la jurisprudence, que la femme enceinte ne se soit pas rendue dans un autre canton que celui de son domicile - en l'espèce, à l'étranger - avec l'intention d'y mettre au monde son enfant ou d'y bénéficier d'un traitement lié à la grossesse, et qu'au cours de son séjour hors du canton de domicile, elle soit surprise par les signes d'un accouchement imminent de telle sorte qu'un transport dans un hôpital du canton de domicile constituerait une mesure irresponsable d'un point de vue médical. Il y a urgence lorsque l'intention de rester au lieu de séjour ne surgit qu'au moment où le retour au domicile ne constitue plus une alternative (arrêt 9C_408/2009 du 3 septembre 2009 consid. 9, in SVR 2010 KV n° 1 p. 1).

E. 4.2.2

Compte tenu de ces principes, le fait dont se prévaut l'assurée n'est pas susceptible de démontrer le caractère urgent de son séjour hospitalier à l'étranger: le fait que l'accouchement a dû être déclenché à la suite de la visite de contrôle du 27 décembre 2012, en raison d'un retard de croissance du fœtus (cf. rapport de la doctoresse F. _____ du 7

février 2013) ne changeait rien à l'intention de l'assurée - préalablement formée - d'accoucher au Centre C._____, telle qu'établie par la juridiction cantonale au vu des pièces au dossier. L'assurée s'y est rendue à cette date en vue d'une visite de contrôle en lien avec sa grossesse - à un stade de celle-ci où l'accouchement pouvait survenir à tout moment (trente-septième semaine de grossesse) -, parce qu'elle avait décidé d'y mettre au monde son enfant. Que l'accouchement ait ensuite été provoqué ("déclenchement artificiel") à cause d'une pathologie foetale et compliqué par une anomalie du rythme cardiaque de l'enfant et une circulaire du cordon, avec compression (compte rendu d'accouchement du docteur H._____) constitue une circonstance postérieure à la décision de la parturiente d'accoucher au Centre C._____. A cet égard, son affirmation selon laquelle elle n'avait à ce moment-là pas décidé définitivement d'accoucher à l'étranger n'apparaît pas vraisemblable au regard des déclarations de son époux à l'assureur-maladie. Dans un courrier du 9 juillet 2013, D._____ a indiqué qu'à réception du courrier du 2 novembre 2012, son épouse et lui avaient eu "l'esprit libre pour envisager définitivement l'accouchement dans un hôpital à l'étranger" et que s'ils avaient été informés de l'insuffisance de la prise en charge, ils n'auraient "certainement pas décidé d'aller accoucher à l'étranger mais à l'hôpital de B._____, tout près de [leur] domicile". Par conséquent, compte tenu du déroulement des faits déterminants, la juridiction cantonale était en droit de nier le caractère urgent de l'accouchement déclenché le 27 novembre 2012 au sens de l' art. 36 al. 2 OAMal . Le grief y relatif est mal fondé.

E. 4.3.1

Dans un troisième moyen, l'assurée s'en prend aux considérations de la juridiction cantonale sur l'absence de violation par la caisse-maladie de son devoir de renseignements. Elle se plaint à la fois d'une appréciation arbitraire des preuves découlant d'une constatation manifestement inexacte des faits, d'une "double" violation de son droit d'être entendue, ainsi que d'une violation du principe inquisitoire et de l' art. 27 al. 2 LPGA . En bref, elle soutient que les premiers juges ne pouvaient pas, sauf à violer les principes invoqués, constater que la caisse-maladie n'était pas en possession du "Devis Accouchement" du Centre C._____ du 19 octobre 2012 sur le "Prix de journée Maternité", lorsque Swica lui avait confirmé la prise en charge des frais d'accouchement, le 2 novembre 2012. Compte tenu de ce devis, il apparaissait évident pour l'assurée que les montants mentionnés dans la lettre du 2 novembre 2012 correspondaient à des forfaits journaliers maximum garantis par sa caisse-maladie, de sorte que sa bonne foi devait être protégée.

E. 4.3.2

Selon les considérants du jugement entrepris relatifs à la portée de la déclaration de prise en charge du 2 novembre 2012, les premiers juges ont déduit du fait que la caisse-maladie n'était pas en possession du devis du 19 octobre 2012 qu'elle ne pouvait être tenue responsable de la confusion alléguée par l'assurée entre forfait journalier et forfait par accouchement, sans laquelle l'accouchement aurait, avec une très haute vraisemblance, été planifié à B._____. A défaut d'indication y relative, on ne voit pas sur quels éléments la juridiction cantonale s'est fondée pour admettre que Swica ne disposait pas du devis du Centre C._____ avant de se prononcer sur la prise en charge des frais litigieux, le 2 novembre 2012. Or, aux yeux des premiers juges, ce fait était déterminant pour exclure la responsabilité de la caisse-maladie quant à la confusion invoquée par l'assurée. Il est vrai que si l'assureur-maladie disposait au préalable du document faisant état des tarifs journaliers appliqués par l'établissement hospitalier à l'étranger, sa réponse du 2 novembre

2012 paraît incomplète sous l'angle du devoir de conseils au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA . Ce devoir comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3 p. 480). Dans la mesure où le montant que la caisse-maladie était disposée à prendre en charge (soit 1'138 euros au total) dépassait de peu le prix d'une seule journée à la maternité indiqué dans le devis (938 euros par "journée Maternité", plus un forfait journalier de 18 euros) et ne couvrait de loin pas les frais envisagés - ne serait-ce qu'au regard d'un séjour maximal de trois jours à la maternité -, ni le montant que Swica aurait pris en charge si l'accouchement avait eu lieu à B. _____ (2'647 fr. 35; réponse du 16 septembre 2014), une information plus précise de sa part à l'assurée aurait été nécessaire. L'assureur-maladie aurait en effet disposé d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'assurée. Compte tenu de la situation concrète, telle qu'elle se serait présentée à lui, il aurait dû attirer l'attention de A. _____ sur le risque qui lui incombait alors d'assumer une grande partie des coûts de l'accouchement à l'étranger. Le fait que l'assurée avait connaissance des montants forfaitaires journaliers du Centre C. _____ et aurait pu, selon la juridiction cantonale, éviter la confusion entre forfait journalier et forfait par accouchement n'y change rien. La caisse-maladie était d'accord de déroger au principe de la territorialité de l'assurance-maladie et d'accepter "la prise en charge des frais dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins" (courrier du 2 novembre 2012). Si elle était en possession du devis du 19 octobre 2012 - ce qui reste à être établi (consid. 4.3.3. infra) -, elle était en mesure de se rendre compte que les coûts à la charge de l'assurée allaient en définitive être bien plus élevés que si l'accouchement se déroulait en Suisse. Elle aurait alors été tenue de préciser la garantie de prise en charge, soit expliquer à l'assurée que le montant dont elle était d'accord de s'acquitter correspondait à un forfait total qui ne prenait pas en considération la durée du séjour de la parturiente au Centre C. _____.

E. 4.3.3

Le point de savoir si la caisse-maladie disposait du devis en question n'a pas fait l'objet d'une mesure d'instruction particulière, alors que les parties présentaient chacune leur propre version des faits: l'assurée alléguait avoir adressé le devis du 19 octobre 2012 à Swica, préalablement à la décision de celle-ci (courrier du 9 juillet 2013 à l'assureur-maladie, recours du 31 janvier 2014); la caisse-maladie s'est référée au devis produit ultérieurement avec le courrier du 9 juillet 2012 par l'assurée (décision du 18 septembre 2013, réponse du 7 mars 2014). Les affirmations des parties étaient contradictoires, alors qu'aucune pièce au dossier n'était susceptible de les départager, en l'état de la procédure. Il ressort certes du courrier de l'époux de l'assurée du 9 juillet 2013 qu'il a alors fait parvenir en annexe le devis du 19 octobre 2012 à la caisse-maladie, comme l'invoque Swica. Mais le conjoint se prévaut précisément dans la même lettre d'avoir (déjà) envoyé ce devis le 19 octobre 2012, dont la copie produite par Swica comporte singulièrement l'en-tête de la caisse-maladie. Aussi, la juridiction cantonale ne pouvait-elle pas tenir pour établi le fait que Swica ne possédait pas le devis du 19 octobre 2012 en date du 2 novembre suivant, sans donner au préalable l'occasion à l'assurée de présenter une preuve de son envoi de cette pièce à une date antérieure au 9 juillet 2013 (respectivement au 2 novembre 2012). Ainsi, A. _____ se prévaut en instance fédérale d'avoir non seulement envoyé le devis par courrier à Swica en octobre 2012, mais également de l'avoir "reproduit dans un courriel" envoyé à la caisse-maladie le 22 octobre 2012, qu'elle n'aurait pas manqué, selon ses dires, de produire sur demande en instance cantonale. Le défaut

d'instruction sur ce point correspond à une violation du droit d'être entendue de l'assurée, qui aurait dû être invitée à prouver les faits dont elle se prévalait (sur les conséquences de l'échec de la preuve dans une procédure régie par le principe inquisitoire, voir l'arrêt U 23/91 du 7 avril 1993 consid. 3, non publié in ATF 119 V 200). Ces faits ont en effet une influence sur le sort du litige, puisque l'appréciation du devoir de conseils de l'assureur-maladie en fonction des circonstances concrètes du cas d'espèce s'en trouverait modifiée.

E. 4.4

Il suit de ce qui précède que la cause, en tant qu'elle porte sur l'objet du recours de l'assurée (consid. 2.1), doit être renvoyée à la juridiction cantonale afin qu'elle complète l'instruction sur le point litigieux et se prononce à nouveau.

E. 5.1

En ce qui concerne le recours de Swica, portant sur la prise en charge des frais relatifs au séjour de l'enfant E. _____ au Centre C. _____ du 28 décembre 2012 au 4 janvier 2013, la caisse-maladie invoque tout d'abord une violation des art. 1a al. 1, 12 al. 2 et 3 LAMal. Elle fait grief à la juridiction cantonale d'avoir statué sous l'angle de la LAMal, alors que les prestations en cause relèveraient exclusivement de "prestations à bien plaie et donc hors LAMal" et, partant, de la procédure de droit privé suspendue par les premiers juges. En l'espèce, l'objet du litige dans la procédure juridictionnelle administrative est circonscrit par la décision sur opposition du 20 décembre 2013 et les conclusions du recours formé par l'assurée à l'encontre de celle-ci. Dans la décision attaquée, Swica a refusé de prendre en charge les frais de séjour ici en cause au-delà des sommes déjà remboursées qu'elle a qualifiées de "prestations à bien plaie au titre de l'assurance obligatoire des soins", en se fondant sur l'art. 36 OAMal et le contenu de sa déclaration de prise en charge du 2 novembre 2012. L'assurée a contesté ce refus en invoquant son droit aux prestations en vertu de la LAMal. Par conséquent, la juridiction cantonale a été saisie d'un litige portant sur le point de savoir dans quelle mesure la caisse-maladie était tenue, en sa qualité d'assureur obligatoire des soins de l'assurée et de sa fille, de prendre en charge les montants contestés. C'est donc à bon droit qu'elle a fait application de la LAMal pour examiner la prise en charge des frais litigieux à titre de prestations de l'assurance-maladie obligatoire. L'argumentation de Swica n'est pas pertinente. Le point de savoir si des prestations médicales doivent ou non être prises en charge à titre de l'assurance obligatoire des soins concerne précisément une question relevant du droit de l'assurance-maladie obligatoire.

E. 5.2

La caisse-maladie conteste ensuite avoir violé son devoir de conseils au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA . Elle soutient en premier lieu qu'elle n'avait aucune communication à faire à son assurée "du point de vue de la LAMal", parce que les soins accordés au nouveau-né en bonne santé sont compris dans les prestations de maternité en vertu de l'art. 29 al. 2 let . d LAMal. En novembre 2012, Swica n'aurait de toute façon pas été en mesure de déterminer l'étendue de sa prise en charge par rapport à l'enfant, puisque celle-ci dépendait de l'état de santé du nourrisson qui ne pouvait être connu qu'à sa naissance. Elle n'avait, au demeurant, été informée par le père de E. _____ que le 8 février 2013 du séjour de sa fille au Centre C. _____ jusqu'au 4 janvier 2013. Faute d'avoir eu connaissance du séjour de l'enfant dans le service de néonatalogie, elle n'avait pas été en mesure de renseigner les parents sur la prise en charge des coûts y relatifs, qui auraient dû l'en avertir au moment où l'enfant y

avait été placée. Il est évident que la caisse-maladie n'était pas en mesure, le 2 novembre 2012, de renseigner concrètement son assurée sur l'étendue de la prise en charge des soins apportés à l'enfant en raison des complications apparues lors de sa naissance. Le devoir de renseignement dont la violation lui a été reprochée par la juridiction cantonale n'avait cependant pas pour objet de renseigner l'assurée sur les coûts effectivement pris en charge pour le séjour et les soins apportés au nourrisson au-delà de ceux prévus par l'art. 29 al. 2 let. d LAMal ("soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère"). Il s'agissait uniquement de rendre l'assurée attentive au fait que le choix d'accoucher dans un établissement hospitalier sis à l'étranger avait pour conséquence de limiter la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des prestations pouvant éventuellement résulter de complications à la naissance. La caisse-maladie ne saurait se prévaloir à cet égard de l'art. 29 LAMal. Dès lors qu'elle avait accepté, le 2 novembre 2012, de déroger au principe de la territorialité des prestations pour l'accouchement de son assurée, elle ne pouvait pas se limiter à garantir les montants-limites y relatifs, sans avertir A. _____ que les frais d'accouchement qu'elle prenait en charge ne comprenaient pas d'éventuels coûts supplémentaires liés aux soins à apporter à l'enfant en cas de complications, et que le séjour hospitalier de l'enfant ne serait pas pris en charge aux mêmes conditions que s'il naissait dans un hôpital au lieu de domicile des parents. Il s'agissait alors de donner à l'assurée suffisamment de renseignements pour qu'elle fût en mesure de décider du lieu de son accouchement en sachant que la prise en charge des coûts y relatifs pouvait lui incomber en (grande) partie si la situation ne correspondait pas à une naissance sans complication. C'est en vain que Swica cherche à se disculper en reprochant à l'assurée de l'avoir avertie tardivement du séjour prolongé de son enfant au Centre C. _____, puisque l'assureur-maladie aurait été tenu de respecter son devoir de renseignement préalablement à l'accouchement à l'étranger, au moment où il avait été interpellé par l'assurée en automne 2012.

E. 5.3

Toujours sous l'angle d'une violation de l'art. 27 al. 2 LPGA, Swica fait valoir que le mari de l'assurée disposait de connaissances particulières dans le domaine des assurances sociales (quinze années d'expérience professionnelle en matière de prévoyance professionnelle, brevet fédéral de spécialiste en assurances sociales), de sorte qu'il devait raisonnablement savoir que les montants-limites indiqués dans le courrier du 2 novembre 2012 ne couvraient pas totalement les frais pour l'enfant à l'étranger, un séjour hospitalier à l'étranger n'étant pas subventionné par le canton de domicile. Une des conditions du principe de la protection de la bonne foi - l'administré ne doit pas avoir eu connaissance du contenu du renseignement omis ou ce contenu ne doit pas avoir été tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information - n'était dès lors pas réalisée, de sorte que la juridiction cantonale avait manifestement violé l'art. 9 Cst. et l'art. 27 LPGA.

E. 5.3.1

Dans un recours au Tribunal fédéral, aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF). L'exclusion des faits et moyens de preuve nouveaux est la règle; en tant que cour suprême, le Tribunal fédéral est juge du droit, et non juge du fait. La règle connaît une exception lorsque, selon les textes allemand et italien plus précis que la formulation française sur ce point, la décision de l'autorité précédente est le motif pour présenter de nouveaux faits ou moyens de preuve ("der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt; se ne dà motivo la

decisione dell'autorità inferiore") ou, en d'autres termes, lorsque c'est la décision de l'autorité précédente qui, pour la première fois, a rendu pertinents ces faits ou moyens de preuve. Il peut s'agir de faits et moyens de preuve qui se rapportent à la régularité de la procédure devant l'instance précédente (par exemple une violation du droit d'être entendu lors de l'instruction) ou qui sont déterminants pour la recevabilité du recours au Tribunal fédéral (par exemple la date de notification de la décision attaquée) ou encore qui sont propres à contrer une argumentation de l'autorité précédente objectivement imprévisible pour les parties avant la réception de la décision (Message du 28 février 2001 concernant la révision totale de l'organisation judiciaire fédérale, FF 2001 4137 ch. 4.1.4.3). En revanche, le recourant ne peut pas alléguer des faits ou produire des moyens de preuve nouveaux qu'il a omis d'alléguer ou de produire devant l'autorité précédente; pour contester l'état de fait retenu par l'autorité précédente, il ne saurait se fonder sur des faits ou moyens de preuve nouveaux qu'il était en mesure de présenter à cette autorité et dont il devait discerner la pertinence éventuelle (arrêt 4A_36/2008 du 18 février 2008 consid. 4.1). La possibilité de présenter des faits ou des moyens de preuve nouveaux en instance de recours fédérale est exceptionnelle et ne sert pas à corriger des omissions antérieures (arrêt 4A_18/2010 du 15 mars 2010 consid. 2.1 non publié in ATF 136 I 197).

E. 5.3.2

Les faits dont se prévaut la caisse-maladie recourante pour contester une violation de son devoir de renseigner constituent des faits nouveaux au sens de l' art. 99 al. 1 LTF , comme l'invoque l'assurée dans sa réponse au recours de Swica. Il s'agit en effet de circonstances que l'assureur-maladie obligatoire aurait été en mesure de présenter à l'autorité cantonale et dont il devait discerner la pertinence éventuelle pour le sort de la cause. Sur ce point, même si l'assurée n'avait pas invoqué l' art. 27 LPGA dans son recours cantonal, comme le souligne la caisse-maladie, l'argumentation de la juridiction cantonale fondée sur cette disposition n'avait rien d'objectivement imprévisible. Tout au long de la procédure administrative, l'assurée a invoqué le fait qu'elle avait pris soin d'obtenir de la part de Swica "la confirmation que l'accouchement ne poserait pas de problème" (p. ex. courriel à Swica du 18 juin 2013) et que si elle avait été informée que la prise en charge pouvait ne pas être suffisante, elle aurait requis des renseignements supplémentaires, voire n'aurait pas décidé d'accoucher à l'étranger (courrier du 9 juillet 2013). Dans son recours, elle s'est également prévalu du fait que Swica était liée par l'engagement pris par ses collaborateurs et les garanties données. Par conséquent, au regard des faits allégués par l'assurée en procédure administrative et judiciaire de première instance, il n'apparaît nullement surprenant que les premiers juges aient examiné l'obligation de prise en charge des prestations médicales par l'assureur-maladie obligatoire sous l'angle d'une éventuelle violation de son obligation de renseigner. Il appartenait dès lors à Swica d'alléguer devant l'autorité cantonale de première instance tous les faits susceptibles de démontrer qu'elle n'avait pas manqué à cette obligation, respectivement que les conditions de l' art. 27 LPGA - dont celle relative à la connaissance par l'administré du contenu de l'information - n'étaient pas réalisées. A défaut, les faits invoqués en instance fédérale sont nouveaux et ne peuvent être pris en considération en vertu de l' art. 99 al. 1 LTF . Il n'y a dès lors pas lieu de tenir compte des faits allégués par Swica quant aux connaissances particulières du conjoint de l'assurée, de sorte que son grief est dénué de pertinence.

E. 5.4

Pour le reste, la caisse-maladie se limite à invoquer l' art. 9 Cst. en exposant que la juridiction cantonale aurait fait preuve d'arbitraire en admettant qu'elle avait à intervenir au titre de la LAMal pour l'ensemble des coûts du séjour de l'enfant au Centre C._____. Il ne suffit pas à cet égard, pour satisfaire aux exigences de motivation liées au grief d'arbitraire (cf. ATF 133 II 249 consid. 1.4.3 p. 254), d'affirmer que le choix des époux résultait d'une convenance personnelle (notamment, une résidence fréquente à l'étranger); il incombait à l'assureur-maladie d'exposer en quoi les considérations qui ont amené les premiers juges à retenir qu'en possession des renseignements omis, l'assurée aurait accouché dans un hôpital conventionné à B. _____ étaient insoutenables. A défaut, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant sa critique.

E. 6

En conclusion de ce qui précède, le recours de Swica est mal fondé et doit être rejeté, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si son obligation de prester aurait éventuellement pu être fondée sur le caractère urgent des soins médicaux dont a bénéficié l'enfant de l'assurée dès sa naissance, dans le service de néonatalogie d'un établissement hospitalier à l'étranger. La conclusion subsidiaire de la recourante est en revanche bien fondée, de sorte que son recours doit être partiellement admis.

E. 7

Vu l'issue de la procédure, les frais judiciaires y afférents doivent être mis à la charge de Swica, qui versera également à l'assurée une indemnité à titre de dépens (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.