

# **BVGer C-6249/2017 vom 30. März 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6249\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6249_2017)

FR: TAF C-6249/2017 du 30 mars 2021

IT: TAF C-6249/2017 del 30 marzo 2021

## **Regeste**

Mesures de réadaptation

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

### **E. 1.2**

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des assureurs-maladie contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA dans le cadre de litiges ayant trait à la prise en charge de mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales d'un enfant dont les parents sont domiciliés à l'étranger (cf. arrêt du TAF C-222/2018 du 2 juin 2020 consid. 1).

### **E. 1.3**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.4**

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI). Par ailleurs, la recourante a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA).

### **E. 2.1**

Quant à la qualité pour recourir, l'art. 59 LPGA la reconnaît à quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. L'intérêt digne d'être protégé doit résider dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il peut être factuel ou juridique. Il doit s'agir d'un intérêt propre de la partie recourante (et non pas de l'intérêt d'un tiers ou de la collectivité), d'un intérêt pratique et non pas seulement théorique ou virtuel et d'un intérêt actuel au moment du dépôt du recours. Si l'intérêt au recours disparaît pendant la procédure, le recours devient sans objet et la cause est rayée du rôle (Jean Métral, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, art. 59, p. 703 n. 11).

### **E. 2.2**

En l'occurrence, il est constant que la recourante ne s'est acquittée d'aucune avance préalable des frais litigieux au sens de l'art. 70 al. 2 let. a LPGA, disposition prévoyant l'obligation pour l'assurance-maladie d'avancer les prestations dont la prise en charge par l'assurance-invalidité est contestée (Frésard-Fellay/Frésard, in : Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, art. 70 n. 15). La prise en charge préalable des prestations est soumise aux conditions qu'il existe (i) un droit à des prestations d'assurances sociales à l'égard de l'assureur-maladie et (ii) un doute sur le débiteur des prestations (ATF 146 V 129 consid. 4.3 s. ; Frésard-Fellay/Frésard, op. cit., art. 70 n. 8). Si le droit de l'administré à des prestations de l'assureur tenu de faire l'avance n'existe pas, il n'y a pas matière à prise en charge provisoire selon l'art. 70 al. 2 LPGA (ATF 146 V 129 consid. 4.5 ; 131 V 78 consid. 2 ; Frésard-Fellay/Frésard, op. cit., art. 70 n. 8 ; Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 4e éd. 2020, art. 70 n. 3). Tel est précisément le cas en l'espèce.

### **E. 2.3**

En effet, la LAMal règle l'assurance obligatoire des soins de manière complète et détaillée. Les dispositions réglementaires concernant l'affiliation, les primes et les prestations sont réglées exclusivement par ladite loi (ATF 124 V 356 consid. 2d ; Gebhard Eugster, in : Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, art. 5 n. 2). Ainsi, les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère, sont considérés comme une partie intégrante des soins prodigués à la mère ; ils sont donc inclus dans la définition de la maternité au sens de l'art. 1a al. 2 let. c LAMal et sont pris en charge par l'assurance-maladie de la mère (Stéphanie Perrenoud, Les prestations de soins en cas de maternité - analyse des prestations dispensées en Suisse et à l'étranger, 2016, p. 142 ; cf. art. 29 al. 2 let. d LAMal). En revanche, les soins et le séjour à l'hôpital d'un nouveau-né malade sont des prestations en cas de maladie, dont les coûts incombent à l'assurance-maladie de l'enfant (art. 29 al. 2 let. d LAMal a contrario ; ATF 125 V 8 consid. 5 ; Stéphanie Perrenoud, op. cit. p. 142). Au moment de sa naissance, B.\_\_\_\_\_ souffrait d'une sévère anémie du nouveau-né, d'une hypoxie intra-utérine sévère, d'un choc septique, d'une entérocolite nécrosante, d'hypoglycémie, des suites d'une aspiration méconiale, d'une thrombozytopenie, d'une hyponatrémie sévère et d'un status epilepticus (cf. annexe à TAF pce 1) nécessitant un séjour aux soins intensifs pédiatriques de l'Hôpital, de sorte que les coûts occasionnés par les soins et le séjour à l'Hôpital du (...) au (...) août 2015 incombent à l'assurance-maladie obligatoire de l'enfant. Il convient dès lors d'examiner si l'enfant était assurée auprès de A.\_\_\_\_\_ SA pour les soins en cas de maladie du (...) au (...) août 2015 conformément à la LAMal.

#### **E. 2.4.1**

Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. L'affiliation est individuelle et l'affiliation des parents n'entraîne pas celle de leurs enfants (ATF 143 V 53 consid. 5.1). Il n'y a pas d'affiliation ex lege à l'assurance-maladie obligatoire (ATF 125 V 262 consid. 3b) ; l'administré doit faire une demande d'affiliation directement auprès de l'assureur-maladie de son choix (cf. art. 4 LAMal ; Gebhard Eugster, op. cit. art. 3 n. 5). En leur qualité de représentants légaux (art. 304 CC), les parents sont tenus selon la loi d'assurer leurs enfants pour les soins en cas de maladie (art. 3 al. 1 LAMal), en concluant, à leur nom et pour leur compte, un contrat d'assurance avec l'assureur de leur choix (arrêt du TF 9C\_660/2007 du 25 avril 2007 consid. 3.2). Lorsque l'affiliation a lieu dans le délai prévu à l'art. 3 al. 1 LAMal (au plus tard trois mois après la naissance ou la prise de domicile en Suisse), l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1 LAMal). Lorsque l'affiliation a lieu dans le délai précité, l'assurance-maladie rembourse avec effet rétroactif les frais éventuels survenus dès le début de l'affiliation à l'assurance. Puisque les frais éventuels sont remboursés avec effet rétroactif dès l'affiliation à l'assurance, les assurés doivent obligatoirement payer rétroactivement les primes dues depuis le début de l'assurance (Gebhard Eugster, op. cit., art. 5 n. 3). Si l'intéressé s'assure après le délai de trois mois, l'affiliation est considérée comme tardive et la couverture d'assurance n'est pas rétroactive. Elle commence à déployer ses effets au moment de l'affiliation (art. 5 al. 2 LAMal). Le début de la couverture d'assurance ne peut pas être reporté par un assureur à une date ultérieure ou antérieure sur la base de ses conditions générales d'assurance ou d'un accord avec la personne assurée (arrêt du TFA K 72/05 du 14 août 2006 consid. 2.3). Des lacunes d'assurance peuvent donc en principe survenir, mais en pratique uniquement pour les personnes qui devraient s'affilier pour la première fois à l'assurance-maladie obligatoire (Gebhard Eugster, op. cit. art. 5 n. 6) et les dépenses de soins encourues avant cette date seront donc à la charge de l'assuré (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77, 125). Par ailleurs, en cas d'affiliation tardive, l'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable (art. 5 al. 2 LAMal ; art. 8 al. 1 OAMal). La couverture d'assurance prend fin automatiquement lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 al. 3 LAMal), notamment avec son décès (Gebhard Eugster, op. cit., art. 5 n. 16).

#### **E. 2.4.2**

En l'espèce, B.\_\_\_\_\_ a eu son domicile en Suisse depuis sa naissance le (...) août 2015 jusqu'à son décès le (...) août 2015. Compte tenu du fait que l'enfant a été assurée à l'assurance-maladie obligatoire des soins auprès de A.\_\_\_\_\_ SA uniquement en mars 2017 (cf. AI pce 15), soit plus de trois mois après sa naissance et étant donné que le début de la couverture d'assurance ne pouvait pas être valablement anticipé sur la base d'un accord entre A.\_\_\_\_\_ SA et les parents, l'affiliation rétroactive de l'enfant à l'assurance-maladie obligatoire des soins pour la période du (...) au (...) août 2015 effectuée par A.\_\_\_\_\_ SA en date du 13 mars 2017 est contraire à la LAMal et ne peut donc déployer ses effets ni rétroactivement, ni pour l'avenir en raison du décès de l'enfant en date du (...) août 2015 (cf. AI pce 15). A défaut de contrat, B.\_\_\_\_\_ n'était au bénéfice d'aucune couverture d'assurance obligatoire des soins, de sorte que la recourante ne pouvait pas être tenue, à ce titre, de prendre en charge les frais médicaux occasionnés par le traitement et le séjour

hospitaliers de l'enfant. Dans ces circonstances, la recourante ne justifie d'aucun intérêt à l'annulation de la décision attaquée, de sorte qu'elle n'a pas qualité pour recourir contre celle-ci. Partant, le recours doit être déclaré irrecevable.

#### **E. 2.4.3**

Au surplus, le Tribunal note que A. \_\_\_\_\_ SA, ayant eu connaissance des faits particuliers du cas d'espèce, a néanmoins établi en date du 13 mars 2017 une police d'assurance pour B. \_\_\_\_\_ valable dès le (...) août 2015 (AI pces 15 ; 16 ; 20 p. 2). La question de savoir si et dans quelle mesure A. \_\_\_\_\_ SA s'est engagée vis-à-vis des parents à prendre en charge les coûts occasionnés par le traitement des infirmités congénitales ch. 321, 495, 497 et 498 OIC de l'enfant pour la période du (...) au (...) août 2015 ne fait pas partie de l'objet du litige et ne relève donc pas de la présente cause.

#### **E. 3.1**

A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI).

#### **E. 3.2**

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 1'000.-, sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_ SA et sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (cf. TAF pces 3 ; 5 ; 6).

#### **E. 3.3**

Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario FITAF, la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu en l'occurrence l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens à la recourante. De plus, aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif se trouve à la page suivante)

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