

# FR\_GERICHTE 608 2014 47 vom 20. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_47](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_47)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 47 du 20 novembre 2015

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 47 del 20 novembre 2015

## Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

L'assurée, dûment représentée et directement touchée par la décision attaquée, a interjeté, en temps utile et dans les formes légales, recours directement auprès de l'Autorité judiciaire de céans, arguant avoir déjà utilisé la voie de droit de l'opposition auparavant. Dans la mesure où l'autorité intimée ne s'y oppose pas et que cette manière respecte le droit d'être entendue de l'intéressée, il y a lieu, par économie de procédure, d'entrer en matière sur le recours.

### E. 2

a) Aux termes de l'art. 1a de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), dite loi régissant l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (al. 1). L'assurance-maladie sociale alloue des prestations notamment en cas de maladie (al. 2 let. a). Est réputée maladie, au sens de l'art. 3 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAMal, toute atteinte physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Conformément à l'art. 24 LAMal relatif au catalogue des prestations, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. L'art. 25 al. 1 LAMal précise que l'assurance obligatoire des soins prend en

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. A teneur de l'art. 34 LAMal, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (al. 1). Le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25, al. 2, ou 29 fournies à l'étranger pour des raisons médicales; il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger (cf. al. 2). Le principe de la territorialité continue donc de régir le système d'assurance-maladie en Suisse (cf. Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie in FF 1992 I 77, p. 144). Sur la base de l'art. 34 al. 2 LAMal, l'autorité exécutive a notamment édicté l'art. 36 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) relatif à l'étendue de la prise en charge des prestations à l'étranger. Selon ce dernier article, le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25, al. 2, et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des

soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (al. 1). L'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (al. 2). Dit autrement, une exception au principe de territorialité selon l'art. 24 al. 2 LAMal en relation avec l'art. 36 OAMal ne peut être admise que s'il existe une urgence (art. 36 al. 2 OAMal) ou que les soins médicaux – tels que figurant au catalogue général de prestations de l'art. 25 al. 2 LAMal – ne peuvent être apportés en Suisse (art 36 al. 2 OAMal. La notion d'urgence repose sur deux aspects: des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et un retour en Suisse apparaît inapproprié. En règle générale, ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger; il n'y a pas urgence si un retour en Suisse est possible du point de vue de l'état de santé et sans risque médical; le caractère approprié de ce retour s'apprécie selon les circonstances, en tenant compte également, cas échéant, d'éléments non médicaux; ainsi, les coûts du retour doivent demeurer dans un rapport raisonnable par rapport à ceux du traitement à l'étranger; il appartient à l'assuré de rendre vraisemblable l'urgence (cf. EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2010, n. 8 ad art. 34 LAMal [KVG] et les références; arrêts TF 9C\_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 2; 9C\_238/2011 du 5 mai 2011 consid. 2; 9C\_144/2015 et 9C\_152/2015 du 17 juillet 2015 consid. 4.2.1). b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; 130 I 180 consid. 3.2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 c) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations" ou des "déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; arrêt TF 8C\_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1).

### **E. 3**

Est litigieuse la question de l'étendue de la prise en charge par C.\_\_\_\_\_, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais médicaux encourus par l'assurée en République dominicaine. L'assurance a en effet accepté de couvrir ceux intervenus jusqu'au 19 mars 2012, et ce point ainsi que les factures que cela concerne ne sont pas remis en cause par les parties. En revanche, à partir de la date précitée, l'assurance nie devoir supporter le coût du traitement médical dont l'intéressée a bénéficié à l'étranger, faute de caractère urgent de celui-ci. a) La Cour retient ce qui suit: L'assurée allègue s'être rendue le 5 mars 2012 en République dominicaine, pour y séjourner dans sa famille durant trois semaines. Si aucun

document (copie du billet aller-retour) n'atteste ce point, il sera néanmoins admis ici, étant relevé que l'assurance ne s'est interrogée à son égard dans ses observations que parce que la recourante elle-même, manifestement par erreur, avait soutenu être arrivée dans ce pays et s'y être vue diagnostiqué un cancer en février 2012 (partie en fait et ch. 1 ad motifs). La recourante soutient que l'assureur n'accusa jamais une seule fois réception de ses envois et qu'il ne rendit une décision qu'en décembre 2013, soit plus d'un an et demi après avoir reçu les premières informations relatives à son traitement. On ne peut la suivre. Ce n'est que par courrier du 10 septembre 2012, soit après la survenance de l'essentiel du traitement – et notamment les opérations d'août et septembre 2012 et les hospitalisations qu'elles ont entraînées – que C.\_\_\_\_\_ fut mise au courant de la situation. Il fut accusé réception dudit courrier le 26 septembre 2012, avec envoi d'un questionnaire en sus. Le 26 novembre 2013, soit dans un délai admissible au vu des circonstances, étant en outre relevé que le 2 avril 2013, l'assurée demanda la prise en charge d'un montant supplémentaire, l'assurance signifia à l'assurée sa position quant à ses prétentions. Grief est fait à l'assureur de prétendre que l'assurée s'est rendue en République dominicaine dans le but de suivre (volontairement) son traitement. Il appert cependant que l'assureur s'est borné à rappeler l'entier du contenu de l'art. 36 al. 2 OMAL, de façon générale; pour autant, il n'a pas contesté la découverte uniquement sur place de l'atteinte à la santé de l'assurée, ni l'urgence des examens et soins nécessités alors, mais a considéré qu'à partir du 19 mars 2012, ceux dispensés n'avaient plus ce caractère et que l'intéressée ayant choisi (aspect volontaire) de les recevoir sur place, elle devait en supporter seule le coût. Point qui sera examiné ci-dessous. Selon les premières indications de l'assurée (cf. courrier du 10 septembre 2012), auxquelles il y a lieu de se tenir, ainsi que le rapport médical du 13 mars 2012 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, de vives douleurs abdominales ont conduit l'intéressée à être admise aux urgences le 12 mars 2012, où il fut constaté qu'elle souffrait d'une tumeur à l'estomac et que la biopsie de la lésion menée indiquait qu'il s'agissait d'un adénocarcinome. Il semble cependant que dès le 9 mars 2012, ou plutôt dès le

#### **E. 7**

de ce mois, selon le chiffre figurant sur le document médical de la Dresse F.\_\_\_\_\_ produit (pièce 8 bordereau de C.\_\_\_\_\_), soit deux jours après le départ/l'arrivée allégué(e) de l'assurée, une coloscopie et une biopsie furent mises en œuvre. Peu importe en l'espèce

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 cependant, dès lors que, ainsi qu'écrit, l'urgence n'est en tout état de cause pas niée pour la période en cause. Ce qui est en revanche décisif ici, c'est que le 13 mars 2012 au plus tard, l'assurée était au fait de l'adénocarcinome de l'estomac avec extension maligne dont elle était atteinte, ainsi que du traitement subséquent qui lui était proposé pour les prochains mois. Or, pour la Cour, aucun élément médical ne l'empêchait dès la pose de ce diagnostic de rentrer en Suisse. Aucune hospitalisation dans les jours et même les mois qui suivirent la pose du diagnostic ne fut jugée nécessaire, et le premier cycle de chimiothérapie qu'elle reçut ne débuta qu'en avril 2012 (le 4, selon ce qu'allégué dans les contre-observations, ad 14 et 18 ch. 2), étant en outre souligné qu'il fut d'emblée, à tout le moins dès le 13 mars 2012, prévu que l'opération de la lésion cancéreuse n'aurait pas lieu avant 3 ou 4 cycles – il y en eut trois, selon le rapport médical de la Dresse E.\_\_\_\_\_, du 22 juillet 2014 – de 14 jours, chacun étant de surcroît séparé de 21 jours. Dit autrement, et contrairement à ce que soutient la recourante, ni le premier cycle de chimiothérapie, ni l'ablation de l'estomac (effectuée le 6 août 2012) ne durent avoir lieu

immédiatement, dès la découverte de son cancer. En particulier, la chimiothérapie ne débuta-t-elle pas dès le lendemain de la consultation de la doctoresse précitée, parce que celle-ci l'aurait jugé nécessaire, pas davantage que l'opération d'août 2012 ne fut-elle décidée "dans la minute" en juillet 2012, au vu des résultats de la chimiothérapie, comme prétendu dans le recours (cf. p. 4; la praticienne mentionna d'ailleurs, le 22 juillet 2014, une réponse excellente à la chimiothérapie entreprise, qui permettait que la patiente soit opérée). Il ne pouvait donc échapper à l'intéressée que cette opération n'aurait pas lieu avant plusieurs mois, conformément à ce qu'arrêté par la Dresse E.\_\_\_\_\_ (cf. certificat précité, du 13 mars 2012). Ce temps entre la première consultation médicale sur place, respectivement la date du 13 mars 2012, et le début de la chimiothérapie en avril 2012 – sans même parler des 21 jours d'intervalle subséquent, ni de la période jusqu'à l'opération d'août 2012 – était suffisant pour que l'intéressée, au besoin avec l'aide de sa famille sur place, respectivement de son époux en Suisse, puisse se renseigner auprès de sa caisse-maladie quant à l'éventuelle prise en charge d'un traitement à l'étranger – or, il n'en fut rien, C.\_\_\_\_\_ n'ayant été avisée de la situation que par courrier du 10 septembre 2012 – et/ou organise son retour en Suisse, à la date arrêtée initialement (trois semaines après le 5 mars 2012), sans coût supplémentaire, ou à une autre proche, cas échéant en payant alors un montant qui apparaît clairement financièrement admissible et proportionné par rapport au coût du traitement. Il ne ressort ni des faits ci-dessus relevés ni d'aucune pièce médicale qu'un tel retour en Suisse dans les jours qui suivirent le 13 mars 2012 aurait signifié un report dangereux du traitement, irresponsable d'un point de vue médical, ni que l'état de santé de l'intéressée alors l'aurait empêché. Si d'un point de vue subjectif, il est bien sûr compréhensible que l'annonce d'une tumeur cancéreuse, au plus tard le 13 mars 2012, causa à l'assurée un stress important – elle évoque un état de choc –, pour autant, avec le soutien familial évoqué ci-dessus, et rassérénée quelque peu par le fait que du point de vue médical, plusieurs semaines pouvaient se passer avant le premier cycle de chimiothérapie, il pouvait effectivement être attendu de sa part qu'elle effectue ce vol pour rentrer en Suisse et y être soignée, entourée de son époux et d'une partie de sa famille s'y trouvant aussi. Rien n'indique au surplus non plus que ledit traitement ne serait pas couramment pratiqué en Suisse et ne correspondrait pas à des protocoles largement reconnus, ni qu'en revenant rapidement en Suisse l'assurée aurait couru le risque d'être à nouveau prise en charge de manière insuffisante par son médecin traitant, comme elle le soutient (mais qu'a contesté celui-ci) – grief sans portée ici et dont l'éventuelle légitimité n'a pas à être examinée. Au vu du diagnostic posé, il est manifeste qu'elle aurait été prise en charge en Suisse par des spécialistes. Quant au temps

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 pour pouvoir bénéficier du traitement indiqué, aucun indice ne permet de considérer qu'il n'aurait pas été semblable à l'attente qu'aurait dû supporter tout autre patient en Suisse auquel on aurait diagnostiqué la même atteinte à la santé, ce qui seul est déterminant ici (cf. arrêt 9C\_238/2011 précité consid. 4.2). Rien, au demeurant, ne dit que ce temps d'attente aurait été plus long que celui en République dominicaine. Enfin, l'argumentation selon laquelle le traitement dominicain fut bien moins cher que celui qui aurait été engendré en Suisse est sans portée aucune également: le principe du traitement en Suisse est étroitement lié au système légal de planification et de financement hospitaliers; il ne peut être fait exception au principe de territorialité qu'aux conditions de l'art. 36 OAMal, non remplies en l'espèce; un coût moindre à l'étranger n'est pas une telle condition. L'on soulignera encore que la situation objet de la présente procédure n'était pas comparable à celle prise en compte dans l'arrêt du Tribunal fédéral du

8 avril 2005 qu'invoque la recourante et dont elle ne saurait donc rien tirer – cas d'un assuré auquel on diagnostique un cancer le jour de son départ pour un séjour à l'étranger et qui doit y être opéré deux jours plus tard, étant précisé que n'existait évidemment, au vu des circonstances, aucun préparatif ou agenda pour cette opération en Suisse. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que, faute d'urgence et dès lors que le retour en Suisse était alors approprié, c'est à raison que l'assureur, se fondant notamment sur l'avis de son médecin-conseil dont rien ne permet de dire qu'il était ni justifié ni délivré avec toute l'indépendance requise (cf. art. 57 al. 4 et 5 LAMal), refusa de prendre en charge le coût du traitement médical à partir du 19 mars 2012. Etant encore souligné que le coût d'examen et factures intervenus dans les quelques jours après cette date n'auraient, en tout état de cause, s'ils avaient été admis, pas abouti à ce que la franchise annuelle 2012 soit dépassée (solde de CHF 1'515.82 selon le décompte de prestations 2012 du 29 novembre 2013; solde de CHF 700.- de quote-part annuelle). Singulièrement, le coût engendré par l'hospitalisation et l'opération de septembre 2012, dues à une complication ensuite de l'opération précédente (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, du 5 mars 2013), ne devait-il pas être supporté par l'assurance-maladie en cause (cf., par analogie, la jurisprudence rendue s'agissant d'hospitalisation extra-cantonale [arrêts TF K 81/05 du 13 avril 2006 consid. 5.2; 9C\_812/2008 du 31 mars 2009 consid. 2.2]): le canton de résidence de l'assuré n'est pas tenu de prendre en charge la différence de coûts, au sens de l'art. 41 al. 3 LAMal, lorsque l'atteinte à la santé qui doit être traitée d'urgence fait partie des risques possibles de l'intervention médicale volontaire – au sens de: qui a été administrée hors du canton de résidence pour des raisons autres que médicales). b) La recourante soutient encore qu'en ne se prononçant pas formellement sur les coûts engendrés depuis septembre 2012, respectivement en ne mentionnant qu'un coût de CHF 16'168.65, l'assurance avait passé expédient pour le solde réclamé et devait être condamnée à le rembourser. Pour la Cour, si l'assurée n'a pas annexé à son recours la preuve de l'envoi recommandé qu'elle affirme avoir effectué le 10 novembre 2012, il apparaît peu probable, au vu de ses écrits notamment, qu'elle n'aurait pas produit auprès de l'assurance l'entier des factures dont elle réclame le remboursement, de sorte que les décomptes de C. \_\_\_\_\_ de novembre 2013 semblent incomplets. Il ne fait cependant aucun doute que l'assurance-maladie a suffisamment indiqué qu'elle n'entendait pas – à raison –, prendre à sa charge tout montant intervenu dès le 19 mars 2012. Cela figure expressément tant sa prise de position du 26 novembre 2013 que dans sa décision du 14 février 2014; ces documents portent en outre en exergue la mention " Soins

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 médicaux du 9 mars 2012 au 11 février 2013 en Républicaine dominicaine. Sur ce plan également, le recours doit être rejeté. 4. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée en ce sens que le traitement de l'assurée dès le 19 mars 2012 ne devait pas être supporté par C. \_\_\_\_\_ au titre de la LAMal. Il n'est pas perçu de frais de justice, en application du principe de la gratuité valant en la matière, ni alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. III. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent

être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 20 novembre 2015/djo Présidente suppléante Greffier-rapporteur

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