

FR_GERICHTE 608 2015 121 vom 2. August 2016

FR Kantonsgericht, 2016-08-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_121

FR: FR_GERICHTE 608 2015 121 du 2 août 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2015 121 del 2 agosto 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

janvier 2015; le montant total de la facture faite valoir dans ce cadre s'élève à CHF 4'403.65. Le 27 janvier 2015, le médecin-conseil de Philos indique être d'avis de rejeter la demande de prise en charge. Dans son rapport du 29 janvier 2015, le Dr B. _____ mentionne une récurrence de l'infection avec sécrétions de pus à la mâchoire supérieure des deux côtés. Le 4 février 2015, l'assureur annonce au médecin refuser de supporter le coût du traitement motif pris qu'il ne relève pas, selon lui, des dispositions sur l'assurance obligatoire. Dans l'intervalle, l'assurée a reçu de nouveaux soins les 21, 26 et 27 janvier 2015, pour un coût de CHF 532.10 au total, que Philos refuse également de prendre en charge (cf. décompte de prestations du 27 février 2015). Le 17 février 2015, le médecin-conseil écrit que dès lors qu'une garantie quant à l'opération projetée avait déjà été donnée, sa prise de position devient inutile; il propose que l'assureur poursuive le traitement du dossier. L'assurée ayant demandé, le 11 mars 2015, une décision formelle, celle-ci est rendue le 13 du même mois. L'assureur maintient son refus de prise en charge du "traitement en milieu hospitalier en raison d'une infection récidivante", considérant, se référant à cet égard à l'avis de son médecin-conseil du 27 janvier 2015, qu'il "s'agit de complication d'une opération Le Fort I qui ne relevait pas de la LAMal". L'intéressée forme opposition le 4 avril 2015, demandant la prise en charge de son traitement actuel ainsi que celle de ceux futurs en cas de récurrence d'ostéomyélite chronique. Le 21 mai 2016, Philos admet cette opposition dans le sens où la prise en charge, sous déduction des participations légales, est acceptée pour les frais de l'hospitalisation du 13 au 16 janvier 2015 (facture de CHF 4'403.65), ainsi que pour ceux de traitements dentaires de CHF 1'309.40 et CHF 532.10 s'y rapportant; un décompte rectificatif sera émis; quant aux éventuelles récurrences et futurs traitements, ils feront l'objet d'un examen distinct par le service médical aux fins de déterminer s'ils relèvent également de l'assurance obligatoire. B. Contre cette décision sur opposition, l'assurée interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal le 17 juin 2015, demandant, en substance, sa "rectification" en ce sens que l'assureur s'engage clairement à prendre en charge la totalité de son traitement dentaire actuel, dû à une ostéomyélite chronique, mais également de garantir la prise en charge des éventuels traitements futurs à effectuer en cas de récurrences de cette atteinte. En résumé, elle fait valoir que la décision attaquée "n'est pas claire et donc interprétable", que les informations données sont confuses et troubles, que trois factures qui n'y sont pas mentionnées lui ont été cependant remboursées, ce qui montre "un manque de cohésion" de la part de l'assureur, qu'elle

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 n'est pas certaine que la suite de son traitement actuel soit pris en charge dans son intégralité, qu'à chaque nouvelle facture envoyée à l'assurance pour le même traitement, son dossier sera réexaminé au service médical, et de ce fait, elle risque de devoir faire opposition à chaque nouvelle décision en cas de refus. Dans ses observations du 27 août 2015, l'autorité intimée conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. En résumé, elle relève avoir accepté de supporter le coût des factures présentées car il s'agissait de la prise en charge du traitement et de la reconstruction prothétique actuels, mais qu'elle ne peut s'engager, sans réserve et de manière abstraite, avant tout nouvel examen du dossier, à prendre en charge tout traitement futur relatif à l'ostéomyélite bi-maxillaire chronique. Dans le cadre d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position respective; la recourante maintient ses conclusions sous suite de frais et dépens. Le 25 mai 2016, la recourante produit une copie du courrier d'un chirurgien dentaire, du 25 avril 2016, demandant à l'assureur la prise en charge d'un traitement orthognatique-prothétique, et la réponse à ce médecin de Philos, du 20 mai 2016, refusant celle-ci. Le 16 juin 2016, Philos se prononce quant à ces pièces; ce courrier est transmis pour information à la recourante le 28 juin 2016. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est formellement recevable. 2. a) L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi; la procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement; l'autorité valablement saisie d'une opposition devra se prononcer une seconde fois sur tous les aspects du rapport juridique ayant fait l'objet de sa décision initiale, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant; la décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (cf. arrêt TF 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.1 et les références citées; ATF 125 V 415 consid. 2). Le principe jurisprudentiel selon lequel la décision sur opposition de l'organe de l'assurance sociale fixe la limite temporelle de l'état de fait déterminant s'applique au contrôle judiciaire de la décision (sur opposition) qui clôt la procédure administrative; le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (cf. arrêt précité consid. 5.2.2 et les références citées). b) En l'espèce, la décision du 13 mars 2015 refusait la prise en charge du traitement alors suivi par l'assurée, singulièrement les frais de son hospitalisation de janvier 2015. La décision sur opposition du 21 mai 2015 a remplacé cette décision. Elle donne positivement suite à la demande de l'intéressée que, conformément en particulier à la garantie donnée le 27 novembre 2014 par Philos, soit pris en charge son traitement actuel dans sa totalité, en particulier les coûts de son séjour hospitalier du 13 au 16 janvier 2015, mais également les frais opératoires, de médication, et de consultations par le Dr B._____, ainsi que ceux de laboratoire (prothèses temporaires, attelle Michigan, ...) et de suivi de son médecin-dentiste relativement à cela (cf. opposition du 4 avril 2015, p. 1 et conclusions, ch. 2 let. a à f).

Certes, la décision sur opposition ne mentionne-elle que trois montants distincts, ce qui, selon la recourante, induit une certaine confusion. Cependant, cette décision précise expressément que deux factures (en plus de celle liée à l'hospitalisation elle-même) seraient prises en compte parce que "s'y rapportant directement [au traitement dentaire effectué lors du séjour hospitalier]" (cf. observations du 27 août 2015, p. 8: "[...] ont donc été réglées car il s'agit de la prise en charge du traitement et de la reconstruction prothétique actuels") et qu'un décompte rectificatif serait rendu. Ce qui fut fait, y compris s'agissant de factures pour 2014 sur lesquelles l'assureur s'était déjà prononcé en n'acceptant que partiellement la prise en charge et qu'il a modifiées suite à sa décision sur opposition, ainsi que pour 2015 – dont celle du Dr B._____ datée du 18 mai 2015, de CHF 461.90, pour des soins (contrôle de plaie, notamment) du 22 au 27 avril 2015, facture qui ne paraît pas avoir été présentée à Philos avant sa décision ici attaquée. Il en résulte, qu'après un contrôle usuel et en tenant compte des déductions à apporter (franchise et quote-part), la totalité des factures du traitement intervenu jusqu'au 21 mai 2015, date de la décision sur opposition, a été prise en charge par Philos. La recourante ne le conteste pas et avait connaissance de cela avant le dépôt de son recours. Elle ne réclame en outre pas le paiement d'un quelconque montant pour une (autre) prestation reçue dans la période courant jusqu'à la date de la décision attaquée ici. Il s'ensuit que, sur ce point, l'intérêt au recours fait défaut et que, toujours à cet égard, il est irrecevable. 3. La recourante réclame ensuite – c'est le point essentiel de son recours (cf. celui-ci, p. 2, "Exposé des faits relatifs à mon recours", 1er paragraphe) – que l'assureur soit obligé de garantir que la totalité de la suite de son traitement sera pris en charge, et ce sans examen du service médical (cf. notamment recours, op. cit. et conclusions ch. 2: "la garantie de prise en charge des éventuels traitements dentaires futurs à effectuer en cas de récurrences d'ostéomyélite chronique (infection récidivante. Ceci afin d'éviter un état physique aggravé"). a) Conformément à l'art. 31 al. 1 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b) ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Selon l'art. 43 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 A teneur de l'art. 57 al. 4 LAMal, le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies. Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations prises en charge par l'assureur doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Le second alinéa de cette disposition prévoit que l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement. b) Pour la Cour, c'est, au vu en particulier des articles ci-dessus, à raison que l'assureur a réservé son droit d'examiner si d'éventuelles récurrences de l'atteinte dont souffre l'assurée et de futurs traitements devront être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Pour la vérification des conditions auxquelles est soumise cette prise en charge par dite assurance, le recours éventuel à l'avis d'un médecin-conseil doit demeurer ouvert. Celui-ci pourra en particulier contrôler l'efficacité; et le caractère économique de la prestation (traitement) envisagée, ce qui s'inscrit dans la ligne voulue par

le législateur; étant rappelée aussi l'indépendance (cf. art. 57 al. 5 LAMal) dont il bénéficie et le fait que son rôle peut également contribuer, cas échéant, à ce que des prestations ne soient pas refusées à un assuré de façon contraire au droit (cf. EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], Zurich 2010, art. 57 n. 3 ss et les références citées). La seule préoccupation de la recourante de ne pas devoir, en cas de refus de l'assureur, faire opposition, voire recours, ne permet pas de s'écarter de ce qui précède. On ne peut lier, ici, l'assureur de telle sorte que, sans limite de temps – ce qui pourrait également causer certaines difficultés si était demandée la prise en charge de prestations futures intervenues dans une période où l'assurée aurait un autre assureur pour l'assurance obligatoire – il doive garantir la prise en charge (totale) de tout futur traitement dentaire à effectuer en cas de récurrences d'ostéomyélite chronique, et ce sans aucun examen ou contrôle, pas même pour vérifier s'il y a bien une telle récurrence, et en particulier sans pouvoir éventuellement s'adjoindre l'avis d'un médecin-conseil. A cet égard, est déterminant également le fait que l'assureur s'est prononcé, ainsi qu'écrit plus haut, eu égard aux prestations intervenues jusqu'au temps de sa décision sur opposition et qui lui ont été rapportées (factures). Il n'a pu donc le faire relativement à des traitements futurs, singulièrement quant à la pose ultérieure d'implants et de couronnes mentionnée au chiffre 1 let. f des conclusions du recours – étant noté à cet égard qu'une modification quant au(x) praticien(s) chargé(s) de ces dernières figure déjà dans la conclusion y relative des contre-observations de l'assurée, et qu'un médecin a demandé, le 25 avril 2016, la prise en charge d'un traitement orthognatique-prothétique (cf. infra). Outre cette date de la décision sur opposition, on soulignera aussi que la demande de garantie du Dr B. _____ qui fut acceptée par Philos ne faisait état que d'une première étape, la suite ne pouvant, selon le praticien, n'être planifiée que lorsqu'il y aurait une situation sans infection (cf. également son rapport opératoire du 29 janvier 2015 mentionnant, outre l'enlèvement de plusieurs implants lors de l'opération [l'assureur supporta le coût de prothèses temporaires], uniquement un "Procedere" limité en lien avec les suites directes de cette seule opération). Dès lors, ces traitements (futurs) ne sauraient faire partie de l'objet de la contestation soumise à l'Autorité de céans. c) Mais il y a plus. L'assurée demande que l'assureur garantisse qu'il devra prendre en charge tout traitement futur en cas de récurrence de son atteinte d'ostéomyélite chronique. Se pose

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 dès lors la question de l'intérêt de l'assurée que soit constaté ici, en procédure de recours, le droit futur de l'intéressée à des prestations de l'assurance-maladie (cf. arrêt TC FR 5S 1999 84 du 25 mai 2000). Or, une décision en constatation suppose un intérêt digne de protection, qui n'existe que lorsque l'on se trouve en présence d'un intérêt actuel, de droit ou de fait, à la constatation immédiate d'un droit, sans que s'y opposent de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations. Il s'ensuit que l'intérêt digne de protection requis fait défaut, en règle ordinaire, lorsque la partie peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatif; en ce sens, le droit d'obtenir une décision en constatation est subsidiaire (ATF 125 V 21 consid. 1b; 121 V 311 consid. 4a et les références). En matière de prestations futures, l'existence d'un intérêt digne de protection est toutefois admise lorsque le justiciable serait enclin, en raison de l'ignorance de ses droits ou obligations, à prendre des dispositions ou au contraire à y renoncer, avec le risque de subir un préjudice de ce fait (ATF 125 V 21 consid. 1b; 118 V 102 consid. 1; RSAS 1998 p. 377 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-maladie, l'intérêt digne de protection à la constatation immédiate de

l'étendue de prestations assurées fait également défaut s'agissant d'une demande d'un assuré formée dans l'abstrait, indépendamment de la nécessité, plus ou moins imminente, d'un traitement médical ou d'un séjour hospitalier (ATF 125 V 21 consid. 1b; RAMA 1984 no K 579 p. 112; cf. aussi dans un autre domaine RCC 1980 p. 468 consid. 2). En l'espèce, la recourante reproche, à tort, à l'assureur de ne pas vouloir déjà rendre une décision portant sur ses droits futurs, non encore actuels. Et ce alors qu'elle pourra, cas échéant, demander qu'il soit statué et décidé, ce sans désavantage pour elle, sur une future demande concrète, respectivement, de prise en charge d'un traitement et/ou d'acquittement des factures qui seront présentées alors, ainsi qu'elle le fit déjà. Au besoin, elle pourra user de la voie de l'opposition, puis, chercher à obtenir un jugement condamnatif pour l'assureur par la voie du recours. Son intérêt est ainsi suffisamment garanti. Le recours doit donc être déclaré irrecevable sur ce point également. Ce qui ne préjuge en rien de la question de la prise en charge de traitements ultérieurs. 4. S'agissant de la demande de prise en charge d'un médecin du 25 avril 2016 et la réponse négative de Philos à ce praticien, du 20 mai 2016, que la recourante a transmis, le 25 mai 2016, à l'Autorité de céans en demandant de les prendre en considération dans la présente procédure, ceci: La Cour n'a pas à se prononcer ici sur ce point qui, en tout état de cause, concerne un état de fait intervenu après la limite temporelle fixée par la décision sur opposition du 21 mai 2015. Cas échéant, il reviendra à l'assurée de demander une décision formelle à son assureur. 5. Il ressort du dossier que l'assureur, qui n'est au demeurant pas lié par l'avis d'un médecin-conseil, s'est prononcé sur l'opposition sans en avoir un autre que celui du 27 janvier 2015 (avec le rajout du 17 février 2015 rappelé plus haut). Il n'y a donc pas d'avis médical supplémentaire à faire produire (cf. conclusions du recours ch. 3). 6. Sur le vu de ce que précède, le recours doit être déclaré irrecevable, et la décision sur opposition, confirmée, sans frais de justice, en application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière. Il ne sera pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête: I. Le recours est déclaré irrecevable. II. Il n'est pas perçu de frais, 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 2 août 2016/djo Président
Greffier-rapporteur

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