

GE_GERICHTE ATAS/175/2009 vom 18. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_175_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/175/2009 du 18 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/175/2009 del 18 febbraio 2009

Regeste

Résumé: En matière d'assurance-maladie, de prestations fournies à l'étranger - pour être prises en charge - doivent avoir été commandés pour des raisons médicales, à savoir pour les cas d'urgence ou pour les cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir. Il y a urgence, lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son lieu de domicile pour les recevoir. Même à ces conditions, les soins doivent répondre au critère de nécessité et d'économicité. Dans ce contexte, et en vertu de l'obligation générale et permanente de renseigner qui incombe à l'assureur, il appartient à ce dernier de rendre la personne assurée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation d'une des conditions du droit aux prestations. En particulier, il incombe à l'assureur de rendre attentif l'assuré que le traitement qu'il envisage est disponible en Suisse. En ne le faisant pas, il viole son devoir de renseigner.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le traitement combiné par CRS et HIPEC pratiqué en Italie est à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 34 al. 2 LAMal, 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 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger. Par «raison médicale», il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b). Selon l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), fondé sur la délégation de compétence de

l'art. 34 al. 2 LAMal, les traitements prodigués à l'assuré ne sont pris en charge par l'assurance qu'en cas d'urgence, à savoir lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son lieu de domicile pour les recevoir (cf. ATFA non publié du 14 octobre 2002, K 128/01, consid. 4.1). Même dans les cas où un retour en Suisse est inapproprié - ce A/3437/2007 - 9/13 - qui correspond à un cas d'urgence selon l'art. 36 al. 2 OAMal - la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal et il y a lieu de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité sont également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4 b). b) En l'espèce, il n'est pas contesté que le cas d'urgence n'est pas réalisé. Par ailleurs, l'instruction de la cause a permis de constater que le traitement en question était disponible en Suisse, à savoir à l'Hôpital universitaire de Bâle et de Saint-Gall. Ainsi, il convient en principe de constater que les conditions légales pour une prise en charge d'un traitement entrepris à l'étranger ne sont pas remplies.

E. 5

Se pose cependant la question de savoir si l'obligation de rembourser le traitement découle d'une violation du devoir de renseignement et de conseil de l'assureur, dès lors que l'intimée n'a pas informé la recourante de la disponibilité du traitement en Suisse. Selon l'art. 27 LPGa, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). L'art. 27 LPGa correspond à l'art. 35 du projet de LPGa. Ainsi que cela ressort du rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999 (FF 1999 V 4229), l'al. 1 pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées. Cette obligation de renseigner sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. La formulation « personnes intéressées » ne veut pas dire que ceux qui désirent obtenir des renseignements doivent d'abord faire preuve de leur intérêt. L'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Tout assuré a droit à des conseils relatifs à ses droits et à ses obligations, gratuitement de la part de son assureur. Cette obligation de conseil ne s'étend qu'au domaine de compétences de l'assureur interpellé et elle constitue une forme de codification de la pratique précédente. Les renseignements peuvent également être communiqués par des non-juristes. Au contraire de l'obligation générale de renseigner, les conseils doivent porter sur un cas précis. Selon l'al. 3, l'assureur n'est pas obligé d'entreprendre des recherches afin de déterminer si l'assuré ou ses proches peuvent prétendre à des prestations d'autres assurances sociales.

A/3437/2007 - 10/13 - De l'avis de plusieurs auteurs, le but du conseil visé à l'art. 27 al. 2 LPGa est de permettre à la personne intéressée d'adopter un comportement dont les effets juridiques cadrent avec les exigences posées par le législateur pour que se réalise le droit à la prestation (Jacques-André SCHNEIDER, Informations et conseils à l'assuré dans les assurances sociales: le tournant de la LPGa in Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, organe pour les publications officielles de la Conférence des

autorités cantonales de surveillance LPP, Ed. Stämpfli Verlag AG, Berne 2007, p. 80.) Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a largement repris les travaux législatifs et doctrinaux relatifs à l'art. 27 LPGGA, mais n'en a pas déterminé l'étendue. Il a cependant estimé que, dans le cadre du devoir de conseils (art. 27 al. 2 LPGGA), l'assureur devait rendre la personne assurée 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) et qu'il n'existait pas de motif évident d'abandonner l'assimilation de la violation d'un devoir légal de renseigner à une déclaration erronée après la codification d'une telle obligation dans la LPGGA (ATF 131 V 472 consid. 4 et 5). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGGA n'incombe toutefois à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

E. 6

En l'espèce, la recourante a expressément demandé, par l'intermédiaire de la Dresse M_____, la prise en charge du traitement litigieux pratiqué en Italie. Elle ignorait par ailleurs, ainsi que ses médecins, la Dresse M_____ et le Prof. N_____, que ce traitement était disponible en Suisse. Or, l'intimée ne l'a pas informée que tel était le cas. Peu importe à cet égard que son médecin-conseil, le Dr Q_____, l'ignorait également. En effet, du moment où la disponibilité en Suisse d'un traitement envisagé par un assuré peut constituer un motif de refus de prestation, il appartenait à l'intimée de se renseigner et de communiquer des informations complètes à son assuré afin qu'il puisse adapter son comportement en conséquence. Elle ne saurait en outre opposer à la recourante la connaissance d'un fait qu'elle ignorait elle-même. Il convient par conséquent de constater que l'intimée a violé son devoir de renseignement en l'occurrence.

E. 7

Reste à déterminer la sanction juridique de cette omission. La violation des devoirs mentionnés à l'art. 27 LPGGA entraîne les mêmes conséquences que celles induites par la violation du principe de la bonne foi. Encore faut-il que toutes les conditions en soient remplies. En particulier, on déterminera si l'absence de renseignement ou de conseil a bel et bien conduit

A/3437/2007 - 11/13 - l'administré à un comportement préjudiciable. La protection de la bonne foi de l'administré n'a en effet pas lieu d'être protégée s'il n'y a pas de lien de causalité entre le renseignement erroné donné ou le défaut de renseignement et les dispositions prises par l'intéressé. Si ce lien de causalité est établi, l'intéressé mal renseigné doit être replacé dans la situation financière dans laquelle il aurait été s'il avait été mis en situation de réagir par rapport à des renseignements corrects et complets. On doit alors en principe supposer qu'il aurait adopté un comportement raisonnable. En revanche, si les circonstances tendent à démontrer que tel n'aurait pas été le cas, l'intéressé ne pourra pas se prévaloir d'une violation de l'art. 27 LPGGA (SCHNEIDER, op. cit. p. 57)

E. 8

En l'espèce, au vu de la situation financière de la recourante et de son époux, il convient de considérer qu'elle aurait certainement entrepris le traitement en cause en Suisse, s'il avait été disponible. En effet, son conjoint a dû prélever la somme nécessaire pour cette opération sur son deuxième pilier, selon ses déclarations. Il ne s'agit donc manifestement pas de

personnes fortunées. Il sied ainsi d'admettre que l'intimée a amené la recourante à un acte préjudiciable à ses intérêts, par l'omission de la renseigner de façon complète.

E. 9

Cela étant, elle doit être placée dans la situation financière dans laquelle elle aurait été, si elle avait pu réagir par rapport aux renseignements corrects et complets, à savoir si elle s'était soumise au traitement en cause en Suisse. Il y a par conséquent lieu d'examiner si les conditions légales de la LAMal pour la prise en charge de ce traitement réalisé en Suisse sont remplies.

E. 10

Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité,

A/3437/2007 - 12/13 - laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). Selon la jurisprudence, les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 ss. consid. 2b et les références).

E. 11

Selon la communication de l'OFSP du 6 juin 2008, la combinaison des traitements CRS et HIPEC est actuellement, aux yeux des spécialistes internationaux, le traitement de première intention. Il augmente massivement les chances de survie des patients concernés. Par conséquent, son efficacité doit être considérée comme scientifiquement reconnue. Quant à l'indication médicale, elle n'est guère contestable, s'agissant d'une personne atteinte d'un mésothéliome péritonéal. Enfin, dans la mesure où le traitement litigieux constitue aujourd'hui un traitement de première intention, comme l'admet l'OFSP, le caractère économique de cette prestation ne peut être nié.

E. 12

Il résulte de ce qui précède que l'intimée aurait été en l'occurrence tenue de prendre en charge le traitement en cause, s'il avait été effectué en Suisse. Dans la mesure où elle a omis d'attirer l'attention de la recourante sur le fait qu'un tel traitement ne pouvait être remboursé, dès lors qu'il était disponible en Suisse, et où la recourante l'aurait dans ces conditions, selon toute vraisemblance, entrepris en Suisse, il convient d'admettre que l'intimée est tenue de rembourser ce traitement aux conditions de la LAMal.

E. 13

Cela étant, le recours sera admis.

E. 14

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

A/3437/2007 - 13/13 -

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