

GE_GERICHTE ATAS/268/2009 vom 6. März 2009

GE Cour de justice, 2009-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_268_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/268/2009 du 6 mars 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/268/2009 del 6 marzo 2009

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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.

A/4723/2007 - 6/12 -

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 30 octobre 2007 et a été reçue le lendemain de sorte que le délai de recours a débuté le 1er novembre 2007 (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours du 30 novembre 2007 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le maintien de l'affiliation de la recourante à l'assurance obligatoire des soins à la suite de son déménagement en France en date du 31 août 2005.

E. 5

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. Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement au sens de l'art. 13 al. 2 LPGA (art. 3 al. 3 let. a LAMal). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 al. 3 LAMal). Faisant usage de la compétence conférée à l'art. 3 al. 3 let. a LAMal, le Conseil fédéral a édicté notamment l'art. 1 al. 2 let. d OAMal, aux termes duquel sont tenues de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal. Les cantons informent sur l'obligation de s'assurer les personnes qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles touchent

une rente suisse et qui transfèrent leur résidence de Suisse dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (art. 6a let. c).

E. 6

En l'espèce, la recourante a transféré son domicile de la Suisse à la France, le 31 août 2005. Elle était alors âgée de 68 ans et recevait une rente de vieillesse suisse depuis le 1er avril 1999 ainsi qu'une rente de vieillesse française depuis le 1er mars 1999. Par conséquent, il convient d'examiner si, malgré son déménagement en France, la recourante peut déduire un droit à rester affiliée à l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'ALCP et des règlements auxquels ce dernier se réfère.

E. 7

Selon l'art. 1er par. 1 de l'annexe II de l'ALCP - intitulée « Coordination des systèmes de sécurité sociale », fondée sur l'art. 8 de l'accord et faisant partie

A/4723/2007 - 7/12 - intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP) - en relation avec la section A de cette annexe, les parties contractantes appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n°1408/71), ainsi que le règlement (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n°1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n°574/72), ou des règles équivalentes. En l'espèce, cet accord est applicable sur le plan temporel. En effet, le droit invoqué porte sur une prétention postérieure à l'entrée en vigueur de l'ALCP, le 1er juin 2002, et la décision sur opposition a été rendue après cette dernière (voir ATF 130 V 262 consid. 3.10). Il convient encore d'examiner s'il est applicable d'un point de vue personnel à la recourante qui est rentière.

E. 8

L'art. 1 let. a du règlement n°1408/71 définit les termes de "travailleur salarié" et "travailleur non salarié" en se référant notamment à un système d'assurance couvrant l'ensemble des travailleurs (point i), ainsi qu'à un système d'assurance couvrant l'ensemble de la population (point ii). Selon la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) - qui doit être prise en compte dans les limites de l'art. 16 ALCP (voir aussi ATF 132 V 423 consid. 9.2 s. p. 437) -, ces termes désignent toute personne assurée dans le cadre de l'un des régimes de sécurité sociale mentionnés à l'art. 1 let. a, contre les éventualités et aux conditions indiquées dans ces dispositions. Il en résulte qu'une personne a la qualité de "travailleur" au sens du règlement n°1408/71 dès lors qu'elle est assurée, ne serait-ce que contre un seul risque, au titre d'une assurance obligatoire ou facultative auprès d'un régime général ou particulier de sécurité sociale mentionné à l'art. 1 let. a du règlement n°1408/71, et ce indépendamment de l'existence d'une relation de travail (arrêts de la CJCE du 12 mai 1998, Martínez Sala, C-85/96, Rec. 1998, p. I-2691, point 36; du 11 juin 1998, Kuusijärvi, C-275/96, Rec. 1998, p. I-3419, point 21; du 7 juin 2005, Dodl et Oberhollenzer, C-543/03, Rec. 2005, p. I-5049, point 30). Il résulte de ce qui précède que pour être considéré comme "travailleur" au sens de l'art. 1 let. a ii (1er tiret) du règlement n°1408/71, il n'est pas déterminant que l'intéressé exerce (encore) une activité professionnelle au moment où il se prévaut de cette qualité. Il faut cependant que la

personne concernée puisse être "identifiée comme travailleur salarié ou non salarié". En d'autres termes, indépendamment de sa désignation (p. ex. comme rentier ou chômeur) et de l'exercice (actuel) d'une activité professionnelle, elle doit être ou avoir été (par le passé) affiliée en tant que travailleur (salarié ou non salarié) à un régime de sécurité sociale contre l'un des risques correspondant aux branches couvertes par le champ d'application matériel du règlement (défini à son art. 4). Ainsi, une personne qui bénéficie d'une rente de

A/4723/2007 - 8/12 - vieillesse fondée sur son affiliation antérieure à l'AVS/AI en raison de l'exercice d'une activité lucrative est un travailleur au sens du règlement n° 1408/71, même si elle n'exerce plus d'activité professionnelle (ATF 130 V 249 consid. 4.1). En l'espèce, selon le certificat d'assurance AVS-AI de la recourante, cette dernière a été affiliée auprès de la caisse 81, à savoir la CAISSE DE COMPENSATION PROFESSIONNELLE CONCERNANT LES EMPLOYES D'ASSURANCE, ce qui établit qu'elle a été affiliée à l'AVS/AI en tant que personne active. Par conséquent, elle doit être considérée comme un travailleur qui est ou a été soumis à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres (art. 2 par. 1 du règlement n°1408/71) de sorte que l'ALCP lui est aussi applicable d'un point de vue personnel.

E. 9

Enfin, l'Accord est également applicable « ratione materiae », puisque l'art. 4 par. 1 let. a du règlement n° 1408/71 admet sa compétence dans le domaine de l'assurance-maladie.

E. 10

Le Titre II du règlement n°1408/71 (art. 13 à 17bis) contient des règles qui permettent de déterminer la législation applicable pour toute la généralité des cas. L'art. 13 par. 1 du règlement n°1408/71 énonce le principe de l'unicité de la législation applicable en fonction des règles contenues aux art. 13 par. 2 à 17bis du règlement n°1408/71, dans le sens de l'applicabilité de la législation d'un seul Etat membre. Sauf exceptions, le travailleur salarié est soumis à la législation de son Etat d'occupation salariée. Par analogie, les rentiers sont en principe soumis à la législation de l'Etat dans lequel ils avaient exercé une activité lucrative (cf. Feuille d'information de l'Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS] de novembre 2002 sur l'entraide internationale en matière de prestations dans l'assurance-maladie en vertu de l'ALCP, p. 3). Aux termes de l'art. 14 par. 2 let. b point i du règlement 1408/71, la personne qui exerce normalement une activité salariée sur le territoire de deux ou plusieurs Etats membres est soumise à la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel elle réside si elle exerce une partie de son activité sur ce territoire. En l'espèce, la recourante étant rentière, il convient d'appliquer par analogie cette réglementation à son cas. Dès lors, en tant que rentière touchant une rente de vieillesse en Suisse ainsi qu'une rente de vieillesse en France, elle est soumise à la législation française puisqu'elle réside en France et touche une rente française. A ce sujet, dans le Message relatif à l'approbation des accords sectoriels entre la Suisse et la CE du 23 juin 1999, le Conseil fédéral précise que certaines personnes résidant dans un Etat de l'UE devront désormais être assurées obligatoirement en Suisse dans l'assurance des soins. Il s'agit des personnes travaillant en Suisse, des bénéficiaires d'une rente en Suisse lorsqu'ils ne reçoivent pas de rente de leur Etat de résidence et s'ils ont été assurés plus longtemps en Suisse que dans les autres Etats, des membres (non actifs) de la famille des personnes assurées

A/4723/2007 - 9/12 - obligatoirement en Suisse (FF 1999 p. 5637). Cette précision confirme, par conséquent, que le bénéficiaire d'une rente en Suisse domicilié dans un Etat de l'UE et qui reçoit une rente de son Etat de résidence n'est pas assuré par l'assurance obligatoire des soins. Dès lors, en application de l'art. 5 al. 3 LAMal, c'est à juste titre que l'intimée a supprimé la couverture d'assurance de la recourante à compter du départ de cette dernière pour la France, le 31 août 2005.

E. 11

L'intimée ayant dans un premier temps assuré à la recourante qu'elle pouvait compter sur le maintien de son contrat et l'assurée ayant été hospitalisée à Genève du 17 au 25 avril 2006 – soit avant d'être informée de la résiliation de son contrat –, il convient cependant encore d'examiner si la recourante peut se prévaloir de la protection de sa bonne foi. En vertu des articles 16 LAMal (abrogé au 31 décembre 2002 et remplacé par l'art. 27 LPGa) et 7b OAMal, les assureurs sont tenus de renseigner les personnes assurées auprès d'eux, qui transfèrent leur domicile dans un Etat membre de la CE tout en ayant une activité lucrative en Suisse, qui touchent une prestation de l'assurance-chômage suisse ou une rente suisse, sur la continuation de leur obligation de s'assurer en Suisse. Les assureurs doivent en outre également informer ces personnes sur l'obligation de s'assurer des membres de leur famille qui n'ont pas d'activité lucrative, sur la possibilité de s'affilier au système de l'assurance-maladie de leur Etat de domicile et sur les assureurs-maladie qui offrent une assurance-maladie dans l'Etat membre de la CE concerné (cf. feuille d'information de l'OFAS destinées aux cantons de février 2002 concernant les effets de l'ALCP, p. 18). En l'espèce, à connaissance du transfert du domicile de la recourante en France, l'intimée a fait remplir à la recourante, le 10 octobre, respectivement le 22 octobre 2005, une attestation de maintien de contrat dans laquelle l'assurée devait indiquer sous la rubrique « statut », si elle était frontalière, bénéficiaire d'une rente suisse, bénéficiaire de l'assurance-chômage suisse, travailleur détaché ou autre. En revanche, ce formulaire ne comportait pas de question quant à la perception d'une rente de l'Etat de résidence. Par ailleurs, lors de l'instruction complémentaire à laquelle le Tribunal de céans a procédé, la recourante a précisé que l'intimée ne lui avait donné aucun renseignement sur les règles d'affiliation au système de l'assurance-maladie d'une bénéficiaire de rente suisse transférant son domicile dans un Etat membre de l'UE, ni attiré son attention sur le fait que l'affiliation devait avoir lieu en France si elle touchait également une rente française. Par conséquent, l'intimée a omis de renseigner la recourante alors qu'elle était tenue de le faire en vertu de l'art. 7b OAMal. Si l'administration omet de renseigner un administré, alors que l'autorité était légalement tenue de l'informer (art. 27 LPGa) ou que les circonstances du cas

A/4723/2007 - 10/12 - particulier le justifiaient, il convient d'assimiler ce comportement à la fourniture d'un renseignement inexact (ATF 131 V 472 consid. 5 et les références; ATFA non publié du 27 mars 2007, I 25/06, consid. 5.1). Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223), l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II

381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées). Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies : 1. l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées; 2. elle a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence; 3. l'administré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu; 4. il s'est fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice; 5. la loi n'a pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références). En application par analogie de ce principe, la troisième condition est la suivante : lorsque la personne ne connaissait pas le contenu du renseignement non obtenu ou que son contenu était si évident qu'elle n'avait pas à compter avec un autre renseignement (ATF 131 V 472 consid. 5). En l'espèce, le 15 novembre 2005, l'intimée a informé la recourante du maintien de son affiliation à l'assurance obligatoire des soins et lui a communiqué un nouveau certificat d'assurance valable dès le 1er septembre 2005 ainsi qu'un certificat d'assurance pour l'année 2006. Il s'agit incontestablement d'une promesse faite dans un cas concret et, au vu de la complexité des règles de rattachement du droit européen, la recourante ne pouvait se rendre compte de l'inexactitude du renseignement donné d'autant plus que l'intimée ne l'avait pas renseignée correctement au sujet de la continuation ou de la fin de son obligation de s'assurer en Suisse, à la suite du transfert de son domicile en France. De plus, la recourante s'est fondée sur son certificat d'assurance pour se faire hospitaliser aux HUG en classe commune du 17 au 25 avril 2006, séjour qui a été facturé à raison de 17'198 fr. 50, le 28 décembre 2006. Même si, dans son courrier du 3 mars 2006, la CPAM a indiqué à la recourante que le formulaire E 121 était inutile du fait qu'elle percevait aussi une pension française et lui a annoncé que divers documents étaient transférés à Annemasse pour sa prise en charge en France, il ne ressortait pas clairement de cette communication que la

A/4723/2007 - 11/12 - recourante était uniquement affiliée à l'assurance-maladie en France. En effet, en précisant qu'il appartenait à l'intimée de prendre position par rapport aux soins en Suisse, le courrier de la CPAM confortait la recourante dans l'idée que ses soins en Suisse continuaient à être couverts par l'intimée. Par conséquent, on ne peut pas reprocher à la recourante de s'être fait hospitaliser en Suisse en avril 2006 alors qu'elle pensait y être couverte sur la base de la police d'assurance établie par l'intimée pour l'année 2006. Il convient de relever que l'intimée n'explique pas pourquoi, alors qu'elle avait connaissance depuis le 9 mars 2006 - à réception du formulaire E 121 envoyé par la CPAM - que la recourante ne remplissait plus les conditions de l'affiliation en Suisse, elle a attendu le 18 septembre 2006 pour résilier le contrat avec effet rétroactif au 31 août 2005. Si l'intimée était intervenue immédiatement en résiliant le contrat d'assurance ou en informant la recourante qu'à son sens, elle ne remplissait plus les conditions d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins, cette dernière aurait pu choisir de se faire hospitaliser en France plutôt qu'en Suisse. Du fait qu'elle a décidé, sur la base de la police d'assurance établie par l'intimée, de se faire hospitaliser aux HUG du 17 au 25 avril 2006 et que ce séjour lui a été facturé 17'198 fr. 50, la recourante subit un préjudice équivalent au montant de la facture impayée. En effet, selon les précisions apportées par la recourante en cours de procédure, la facture des HUG n'a été prise en charge ni par la CPAM, ni par aucune autre organisme. Cette situation s'explique par le fait que la CPAM, ainsi que cela ressort de son courrier du 17 août 2007, ne peut prendre en charge un traitement prodigué en Suisse que si le bénéficiaire ne peut pas recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état.

Par conséquent, toutes les conditions sont réunies pour que l'intimée soit tenue de prendre en charge la facture des HUG du 28 décembre 2006. Dès lors, elle devra réaffilier la recourante du 1er septembre 2005 au 31 décembre 2006, lui demander le paiement des primes correspondantes et prendre en charge les diverses prestations facturées en Suisse durant cette période, y compris la facture des HUG, après avoir tenu compte de la franchise et de la participation aux coûts afférant à cette période (cf. art. 103 OAMal).

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/4723/2007 - 12/12 -

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