

GE_GERICHTE ATAS/429/2017 vom 29. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_429_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/429/2017 du 29 mai 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/429/2017 del 29 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à la prise en charge par l'intimée des traitements effectués en Italie pendant la période du 26 juillet au 14 août 2014.

E. 5

a. En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). Selon 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 (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) intitulé « Prestations à l'étranger ». D'après cette disposition, 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

A/4340/2015 - 10/17 - dans le but de suivre ce traitement (al. 2). Les prestations sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4). Les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées (al. 5). b. En l'occurrence, dans la mesure où les soins ont

été prodigués en Italie, il convient d'examiner si la recourante peut se prévaloir d'un droit au remboursement en se fondant sur l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1er juin 2002, ainsi que les règlements auxquels cet accord fait référence, et notamment l'art. 19 du Règlement n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) en vigueur depuis le 1er avril 2012. Le Tribunal fédéral a jugé, dans une affaire concernant le remboursement par une caisse-maladie en Suisse de traitements effectués en Italie, que lorsque les prestations ont été prodiguées par des prestataires de soins privés appliquant des tarifs privés, les dispositions prévues par les règlements auxquels fait référence l'ALCP ne trouvent pas d'application et que dans ces circonstances, la prise en charge du remboursement ne peut s'examiner qu'au regard des conditions posées par l'art. 36 OAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2010 du 29 avril 2011 consid. 5.2). c. En l'occurrence, il n'est pas contesté par les parties que les prestations litigieuses (consultation du 26 juillet 2014, intervention chirurgicale du 28 juillet 2014 et séances de physiothérapie) ont été prodiguées par des prestataires des soins qui ne sont pas agréés par le SSN et qui, en outre, ont appliqué des tarifs privés. Par conséquent, la législation suisse est seule applicable au présent litige. d. S'agissant de la condition d'urgence, ce qui est déterminant c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2). Toutefois, le caractère approprié du retour à domicile ne s'apprécie pas exclusivement selon des critères médicaux. Il convient en effet de prendre en considération l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Il est ainsi compréhensible qu'un assuré, en proie à des douleurs aiguës, se rende sans plus attendre chez un médecin situé au lieu de séjour pour une première consultation et l'éventuelle prescription d'un médicament (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.7/02 du 23 août 2002 consid. 4). Par ailleurs, les coûts du retour à domicile doivent notamment se situer dans un rapport raisonnable avec les frais (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K.24/04 du 20 avril 2005 consid. 5.4 ; K.7/02 du 23 août 2002 consid. 4).

A/4340/2015 - 11/17 - Lorsqu'un retour en Suisse est inapproprié, 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; ATF 131 V 271). Le Tribunal fédéral a admis le caractère urgent d'une intervention dans le cas d'un assuré, atteint d'une maladie coronarienne sévère avec un status après plusieurs angioplasties et stents, qui s'était rendu chez un médecin pour faire évaluer son état, alors qu'il souffrait de douleurs depuis plusieurs jours. Un angor instable avait été diagnostiqué et le médecin avait estimé qu'une hospitalisation en urgence était indispensable; le renvoi du patient dans le canton de son domicile comportait un risque important, voire vital. Le médecin avait donc fait admettre immédiatement le patient à l'hôpital, où les examens avaient confirmé une lésion subocclusive intrastent qui avait pu être dilatée par une intervention médicale du même jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C_812/2008 du 31 mars 2009). Le caractère d'urgence a été nié notamment dans un cas où une intervention avait eu lieu deux jours après la consultation d'un médecin et aucune pièce n'attestait que la patiente n'eût pas pu revenir en Suisse, même par ses propres moyens, pendant ce laps de temps (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.65/03 du 5 août 2003). Le caractère d'urgence a également été nié dans le cas d'une assurée âgée de 81 ans, qui, au

lendemain de son arrivée sur sol américain et à cause de douleurs aiguës à son genou, a consulté un médecin, lequel a diagnostiqué une déchirure du ménisque et de l'arthrose, relevé des difficultés de mobilité engendrées par les fortes douleurs et pratiqué une méniscectomie ainsi qu'une chondroplastie fémorale par arthroscopie. Le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'existait pas de raisons médicales liées à l'état de santé de l'assurée qui l'auraient empêchée de rentrer en Suisse. Celle-ci ne pouvait se prévaloir de son grand âge, ni des atteintes préexistantes (pontage coronarien, tension artérielle, cholestérol, diabète) dont elle souffrait pour justifier l'impossibilité d'entreprendre un retour anticipé afin de se faire opérer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_291/2009 du 7 octobre 2009).

E. 6

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 6.1

et les références citées ; ATAS/1120/2014 du 4 novembre 2014 consid. 6c ;

ATAS/534/2012 du 23 avril 2012 consid. 5 ; ATAS/1243/2011 du 17 janvier 2012

A/4340/2015 - 15/17 - consid. 5 à 8 ; ATAS/637/2009 du 15 mai 2009 consid. 5). En cas d'omission de renseigner, il faut que l'assuré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_601/2009 du 31 mai 2010 consid. 4.2). En particulier, on déterminera si l'absence de renseignement ou de conseil a bel et bien conduit 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 LPGA (ATAS/637/2009 du 15 mai 2009). b. En l'occurrence, la recourante fait valoir que l'intimée a été informée par téléphone le lundi 28 juillet à 16h00 de l'incident et de la décision d'effectuer une intervention auprès de la clinique privée. Selon la recourante, l'intimée s'est limitée à enregistrer le nom de la clinique et ne l'a pas mise en garde sur le refus potentiel d'une prise en charge de l'intervention. On relèvera qu'en appelant l'intimée le lundi 28 juillet 2014 à 16h00, soit moins de deux heures avant l'intervention chirurgicale, la recourante et son époux n'ont pas cherché à obtenir des renseignements sur les conditions de prise en charge de cette opération. Si tel avait été le cas, la recourante ou son mari auraient contacté l'intimée sans tarder le samedi 26 juillet 2014, jour où l'intervention a été planifiée. Au demeurant, la recourante ne prétend pas

avoir cherché à obtenir les renseignements précités. Elle reproche à l'intimée de ne pas avoir attiré son attention sur le fait que l'intervention risquait de ne pas être prise en charge. Or, en l'absence d'un enregistrement de la conversation téléphonique, la chambre de céans ne saurait retenir que l'intimée pouvait reconnaître, au vu des explications fournies par le mari de la recourante, que la condition de l'urgence au sens de l'art. 36 OAMal n'était en l'occurrence pas remplie. Qui plus est, même si l'intimée avait fait remarquer que s'agissant d'une intervention chirurgicale réalisée dans un établissement privé appliquant des tarifs privés, la recourante ne pourrait pas se prévaloir d'un droit au remboursement selon les dispositions de l'ALCP, la chambre de céans est d'avis que l'intéressée n'aurait néanmoins pas annulé l'intervention qui devait avoir lieu seulement deux heures plus tard. A cela s'ajoute le fait que la recourante a dûment expliqué avoir choisi cette clinique privée spécialisée en orthopédie pour ses hautes compétences professionnelles et que même en l'absence d'une assurance privée italienne, elle se serait fait opérer dans cet établissement (courrier du 5 février 2015 et procès-verbal d'audition du 29 juin 2016).

A/4340/2015 - 16/17 - Compte tenu de ce qui précède, la recourante ne peut pas se prévaloir d'une violation de l'obligation de renseigner de l'intimée.

E. 7

En l'occurrence, l'intimée est d'avis que les traitements effectués en Italie ne remplissaient pas la condition d'urgence, ce que la recourante conteste.

A/4340/2015 - 12/17 - Il résulte des pièces versées au dossier et de l'instruction menée par la chambre de céans, que le samedi 26 juillet 2014, alors qu'elle se trouvait en Italie en vacances, la recourante a souffert de douleurs aiguës et d'un blocage du genou gauche. Elle s'est alors rendue à la consultation ambulatoire du Prof. B_____, qui a, suite à une IRM, constaté notamment une rupture du ménisque interne du genou gauche et fixé une intervention chirurgicale pour le lundi 28 juillet 2014. Entre temps, la recourante est rentrée chez elle en chaise roulante et a pris des antidouleurs. La chambre de céans constate que la planification de l'intervention le lundi 28 juillet 2014 a eu lieu lors de la consultation auprès du Prof. B_____ le samedi 26 juillet 2014, sans qu'une hospitalisation n'ait été jugée nécessaire dans l'intervalle, ce qui démontre amplement que les douleurs aiguës présentées par la recourante ont pu être stabilisées de manière satisfaisante durant cette période et qu'il n'existait ainsi pas d'urgence médicale. Si tel avait été le cas, nul doute que même lors du week-end, le Prof. B_____ n'aurait pas repoussé l'intervention chirurgicale. La recourante fait valoir qu'un retour en Suisse n'était pas exigible de sa part au vu de ses douleurs et du risque d'aggravation de sa blessure. Elle se réfère à l'avis du Dr C_____ lequel estime qu'un retour en Suisse n'était pas raisonnable et qu'il aurait été difficile étant donné que la recourante, qui ne pouvait pas marcher, présentait un genou très douloureux (rapport du 14 mars 2016 et procès-verbal d'audition du 5 octobre 2016). On relèvera déjà qu'aucune pièce n'atteste que la recourante n'eût pas pu revenir en Suisse pour des raisons médicales. En effet, ni le Dr C_____, ni le Prof. B_____ n'ont fait état de la possibilité qu'une aggravation survienne si la recourante était rentrée en Suisse et si l'opération avait été reportée de plusieurs jours. Selon le Dr F_____, l'intervention aurait même pu avoir lieu plusieurs semaines après l'incident du 26 juillet 2014 (rapport du 26 avril 2016). En outre, s'il n'est pas contestable que la recourante ne pouvait pas marcher et qu'elle souffrait de fortes douleurs, il n'en demeure pas moins que le blocage du genou qu'elle présentait lui permettait tout de même l'utilisation d'une chaise roulante, comme l'a confirmé le Dr C_____ (rapport du 14 mars 2016). Par ailleurs, elle disposait d'antidouleurs, lesquels lui

ont permis de passer le week-end chez elle en attendant l'opération (procès-verbal d'audition de la recourante du 29 juin 2016). Enfin, si l'on peut concevoir qu'un retour en Suisse pouvait paraître difficile pour la recourante, il n'en demeure pas moins qu'il n'était ni déraisonnable, en l'absence de raisons s'opposant à un report de l'intervention chirurgicale, ni impossible vu l'assistance pour les personnes à mobilité réduite (chaise roulante) dont disposent les aéroports internationaux de Rome et de Genève. Par conséquent, un retour en Suisse était une mesure appropriée. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a nié le caractère urgent de l'intervention chirurgicale effectuée le 28 juillet 2014 et des traitements post-opératoires.

A/4340/2015 - 13/17 - En revanche, lorsque le samedi 26 juillet 2014 la recourante a été en proie à des douleurs aiguës et à un blocage de son genou gauche, il est compréhensible qu'elle se soit rendue sans plus attendre chez un médecin à Rome pour une première consultation afin d'obtenir un diagnostic sur la base d'examens appropriés et la prescription de médicaments. Il y a ainsi lieu d'admettre le caractère urgent de la consultation effectuée le 26 juillet 2014. Par ailleurs, il n'est pas contesté par l'intimée, ni contestable que cette consultation et les traitements effectués, y compris l'IRM, répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. L'intimée fait valoir qu'elle ne peut être tenue de prester subsidiairement à l'assureur privé italien, lequel est déjà intervenu pour une partie des frais. La chambre de céans relèvera que le seul fait qu'un assureur privé ait déjà pris en charge une partie des frais de traitement ne saurait dispenser l'intimée de verser les prestations auxquelles elle est tenue en vertu des dispositions légales. Qui plus est, ce fait est à l'avantage de l'intimée puisqu'en l'absence de cette prise en charge par l'assureur privé italien, l'intimée aurait été tenue de rembourser la totalité de la facture (sous déduction des éventuelles franchise ou quote-part revenant à la recourante). Quoi qu'il en soit, on ne saurait admettre que, d'une manière générale et absolue, un assuré qui s'est soumis, à l'étranger, à des traitements urgents, ne puisse pas en obtenir la prise en charge au seul motif qu'il bénéficie d'une assurance-maladie complémentaire privée. Enfin, l'intimée fait également valoir que le solde des factures correspond à la participation laissée à la charge de la recourante par l'assureur privé italien, de sorte que ce montant ne peut pas être remboursé par l'assurance obligatoire des soins. Selon l'art. 68 al. 1 et 2 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). L'art. 68 al. 8 LAMal précise que la participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. La chambre de céans relèvera que si la participation aux coûts ne peut certes pas être assurée, force est toutefois de constater que le solde des factures relatives à la consultation du 26 juillet 2014 ne correspond à l'évidence pas à la participation aux coûts visée par l'art. 68 LAMal, puisqu'aucune caisse-maladie suisse n'a encore pris en charge ces factures. Par conséquent, l'intimée est tenue de prendre en charge les factures relatives à la consultation ambulatoire, aux examens et aux traitements prodigués à la recourante le 26 juillet 2014.

E. 8

Il convient encore d'examiner si la recourante peut se prévaloir d'une violation du devoir de renseignement de la part de l'intimée pour obtenir de la recourante la prise en charge de l'intervention réalisée le 28 juillet 2014 et des traitements post-opératoires.

A/4340/2015 - 14/17 -

E. 9

a. Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1), chacun ayant au surplus le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, par les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). Le devoir de conseils de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation de rendre la personne intéressée 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 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur- maladie (Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226; du même auteur, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR, 2ème éd., n. 1190 p. 809). Le Tribunal fédéral a jugé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe 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; ATAS/914/2016). Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_557/2010 du 7 mars 2011 consid. 4.1). De manière générale, on doit également exiger de l'assuré un minimum d'attention, de réflexion et de bon sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1005/2008 du 5 mars 2009 consid. 3.2.2). D'après le Tribunal fédéral, le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de l'administration, qui peut obliger celle-ci à consentir à un assuré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, en vertu du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi (art. 9 de la Constitution fédérale (Cst. - RS 101), à condition – selon les règles précitées dégagées de façon générale par la jurisprudence (consid. 6.a) – que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, que l'assuré n'ait pas pu se rendre compte de l'inexactitude du renseignement obtenu, que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée, et que l'assuré se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (ATF 131 II 627 consid.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition sera annulée en tant qu'elle refuse le remboursement des frais de la consultation, des traitements et des examens prodigués à la recourante en Italie le 26 juillet 2014, et confirmée pour le surplus. L'intimée sera condamnée à prendre en charge ces frais et la cause lui sera renvoyée pour calcul des prestations dues et nouvelle décision.

E. 11

L'intimée n'a pas droit à l'allocation de dépens. En effet, selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de

première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4). Partant, aucune indemnité ne lui sera accordée de ce chef.

E. 12

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4340/2015 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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