GE_GERICHTE ATAS/455/2021 vom 11. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_455_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/455/2021 du 11 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/455/2021 del 11 maggio 2021

Erwägungen

E. 23

La cause a été gardée à juger le 4 janvier 2021. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ; RS 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.

A/4767/2019 - 6/9 - 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à la prise en charge par l'intimée des frais d'hospitalisation et de soins et médicaments reçus en Libye. La question est plus particulièrement de savoir si ces frais résultent d'un traitement effectué en urgence à l'étranger, dont l'efficacité, le caractère approprié et l'adéquation économique peuvent être constatés. 4. 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. L'art. 32 al. 1 LAMal prévoit que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (1ère phrase). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (2ème phrase). 5. 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 (1ère phrase). 6. Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, 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 résulte du texte même de l'art. 36 al. 2 OAMal que trois aspects doivent être pris en compte pour que l'urgence au sens de cette disposition puisse être retenue : l'assuré doit avoir besoin subitement et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger ; des raisons médicales doivent s'opposer à un report du traitement ; un retour en Suisse doit apparaître inapproprié, cette condition s'examinant sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux (cf. sur ces questions TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4). 7. Le juge des assurances sociales 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. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). 8. S'agissant des trois premiers aspects de l'urgence, l'assuré fait valoir qu'il a brusquement souffert d'une méningite bactérienne alors qu'il se trouvait en Lybie et a dû y être hospitalisé en urgence.

A/4767/2019 - 7/9 - Il n'est pas contesté que l'urgence médicale, au vu de la maladie en cause, n'aurait pas permis un report du traitement ou qu'un retour en Suisse n'eût pas été approprié. En revanche, l'intimée remet en cause, au regard de l'adéquation et du caractère approprié des soins, son obligation de fournir des prestations compte tenu de l'absence de preuves vérifiables et convaincantes quant à l'hospitalisation, sa durée, le traitement qui a été réellement dispensé et les coûts y relatifs. À cet égard, il sied de rappeler que l'obligation de prester de l'assureur-maladie suppose des indications fiables notamment sur les investigations et les traitements. Il convient de poser des exigences élevées en matière d'obligation de collaborer de l'assuré et de valeur probante des documents relatifs aux traitements hors de Suisse, d'autant plus que les possibilités de vérification par l'assureur à l'étranger sont restreintes (ATFA non publié K 222/05 du 29 août 2006, consid. 4.2). En effet, les assureurs-maladies ne peuvent appliquer les art. 42 al. 3 et 4 et 57 al. 6 LAMal à l'encontre de prestataires étrangers. Il en résulte une obligation étendue pour l'assuré de collaborer à la récolte des données nécessaires à la décision. Les assurés ont ainsi l'obligation de fournir à l'assurance les factures originales, les dates du traitement, les diagnostics, les prestations médicales et leur coût, le lieu du traitement et le nom et l'adresse des prestataires étrangers. Le traitement doit en définitive être compréhensible et vraisemblable (EUGSTER, Krankenversicherung in Soziale Sicherheit, SBVR, 2ème éd., 2007, n. 486, p. 563). Sur ce point, la chambre de céans constate que les pièces au dossier réunies par l'intimée dans le cadre de son instruction ne comportent pas les informations utiles pour déterminer les traitements dispensés en Lybie, la durée de ceux-ci, leurs coûts exacts, les lieux ou unités de soins où le recourant a précisément été hospitalisé. Les recherches faites sur place n'ont pas permis de vérifier les informations contenues dans les pièces fournies par le recourant, ni de connaître les noms de tous les prestataires mis en œuvre en Lybie, de les entendre sur les diagnostics, traitements et suivis en cause et de déterminer le détail de la prise en charge médicale et du coût des divers aspects de celle-ci. Lors de son audition, le recourant a indiqué ne pas avoir consulté de médecin à son retour en Suisse. Il n'est ainsi pas possible d'avoir l'avis d'un médecin qui serait intervenu, ne serait-ce que pour un contrôle, à la suite de la méningite et de la prise en charge en Lybie. Le recourant n'a en outre pas donné, dans la cadre de l'instruction devant l'intimée ou lors des débats, des informations factuelles nécessaires à l'analyse de sa situation lors de son hospitalisation en Lybie. Plusieurs années après le début de litige, il ignorait combien de temps avait duré son hospitalisation en soins intensifs et en rééducation, le temps passé chez son père ou encore qui avait pris en charge les coûts des visites d'un médecin et d'un physiothérapeute au domicile de son père à la suite de son hospitalisation. Les pièces qu'il a fournies à la demande de l'intimée ne mentionnent pas d'anamnèse précise de son cas ni les traitements, soins et médicaments reçus ou leurs coûts

A/4767/2019 - 8/9 - respectifs. À la lecture de ces pièces, les informations sur le traitement et le suivi en Lybie sont non seulement lacunaires mais contradictoires, le Dr B_____

ayant mentionné une hospitalisation en soins intensifs de dix-huit jours alors que les factures de sortie mentionnent une durée de vingt jours et que le recourant a indiqué être sorti prématurément de l'hôpital sous la responsabilité exclusive de son père, mention ne figurant pas dans la feuille de sortie (Discharge). La seule facture au dossier ne permet pas de comprendre quels soins ont été dispensés et par quel prestataire de soins (infirmier, médecin, physiothérapeute, etc) dans quel hôpital ou unité d'hôpital (unité des soins intensifs, autre), ni le coût afférent à ses différentes prestations. Les dates des traitements et prises en charge sont peu claires, les résultats d'analyses sont sommairement griffonnés par le médecin traitant. Il est dès lors impossible de distinguer la prise en charge et les soins fournis aux soins intensifs de ceux relatifs au séjour en réhabilitation ou à la physiothérapie qui aurait été dispensée à l'hôpital. Le « costs breakdown » est trop imprécis, ne se réfère ni aux soins, ni aux prestataires de soins, ne mentionne pas quels examens auraient été faits ni leurs coûts et contient des coûts pour le séjour d'un accompagnateur, sans autre précision. L'ensemble des documents relatifs à ce cas sont dès lors insuffisants pour établir la réalité, le bien-fondé et la durée des soins reçus en septembre 2017 par l'assuré. En tout état, faute de pouvoir vérifier quels soins ont été dispensés, quand, par qui, dans quels services et leurs coûts respectifs, l'intimée ne pouvait pas vérifier si ceux-ci remplissaient les critères légaux pour être à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle était ainsi fondée à refuser d'allouer des prestations au recourant. 9. La décision querellée ne prête dès lors pas flanc à la critique. Le recours sera rejeté. 10. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). * * * * * *

A/4767/2019 - 9/9 - 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.