

GE_GERICHTE ATAS/49/2010 vom 19. Januar 2010

GE Cour de justice, 2010-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_49_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/49/2010 du 19 janvier 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/49/2010 del 19 gennaio 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance- maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la Loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

E. 2

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

Lors de sa demande de remboursement à l'assurance, l'assurée n'a pas précisé sur la base de quelle couverture d'assurance elle sollicitait le paiement des frais encourus. Lors de la saisine du Tribunal, l'assurée a produit à l'appui de son acte l'ensemble des assurances conclues, y compris celles soumises à la LCA. En cours de procédure, l'assurance a accepté d'examiner et s'est prononcée sur la question de la prise en charge par l'assurance Mundo, soumise à la LCA. Il y a donc lieu de considérer, par économie de procédure, que l'acte de l'assurée du 20 août 2009 est un recours contre la décision rendue sous l'empire de la LAMAL et une demande en paiement déposée en application de la LCA.

A/3017/2009 - 5/11 -

E. 4

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss. LPGA). Formée dans le respect des conditions prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), la demande du 20 août 2009 est recevable.

E. 5

L'objet du litige porte sur la prise en charge, par l'intimée, des frais engendrés par les interventions chirurgicales et les soins prodigués à la recourante aux Philippines du 8 janvier eu 28 février 2009.

E. 6

Selon l'article 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1er). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés en milieu hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). 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, 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). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

E. 7

En vertu de l'article 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut notamment décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Selon l'article 36 al. 2 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

A/3017/2009 - 6/11 - 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 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). L'article 36 al. 2 OAMal précise encore qu'il n'y a pas d'urgence lorsqu'un assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement. De jurisprudence constante, il convient, par la locution « raisons médicales » figurant à l'art. 34 al. 2 LAMal, d'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). Ce qui est donc déterminant dans le premier cas, 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 (ATFA non publié au Recueil officiel du 5 août 2003, K 65/03, consid. 2.2 et la

référence).

E. 8

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

E. 9

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, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Il n'existe donc pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). a) Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que le coût du traitement aux Philippines est moins élevé qu'à Genève, ni qu'il était utile et nécessaire de procéder à une

A/3017/2009 - 7/11 - ablation du sein et à une chimiothérapie, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner si le critère d'économicité ou d'efficacité s'opposerait à la prise en charge des frais, en cas d'urgence. Le traitement dispensé doit donc être considéré comme efficace, approprié et économique, de sorte que seule la condition de l'urgence prévue aux articles 36 LAMal et 34 OAMal doit être examinée. b) La question de savoir si la tumeur a été détectée lors d'un check up de pure convenance ou en raison d'une anomalie au sein est sans importance. En effet, la condition de l'urgence n'a pas à être réalisée dans tous les cas au moment de la consultation. De graves douleurs peuvent justifier l'urgence d'une consultation, mais non pas de l'opération nécessaire à la guérison, qui peut attendre, et, à l'inverse, une consultation de routine peut révéler une affection grave et qui doit être traitée sans délai. De même, le fait de savoir si le sein paraît gonflé ou plus petit à la patiente est sans pertinence, le diagnostic d'une tumeur étant avéré. Ainsi, la condition de l'urgence doit être examinée sous l'angle des traitements dispensés et elle est réalisée si la recourante avait subitement besoin, et de manière imprévue, de l'opération et du traitement prodigués aux Philippines. Tel est le cas si des raisons médicales s'opposaient à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaissait inapproprié. Le délai entre le diagnostic du 13 janvier et l'hospitalisation de la recourante le 20 janvier pour une opération, est de 7 jours. En principe, le fait qu'une semaine se soit écoulée entre la consultation et l'opération démontre l'absence d'urgence de l'intervention chirurgicale, sauf si ce délai s'explique par une situation locale particulière (hôpital distant, conditions de transport difficiles, conditions sanitaires précaires), ce qui n'est pas le cas. Il y a donc lieu d'admettre dans un premier

temps que, du point de vue objectif, la recourante pouvait rentrer à Genève pour y subir une intervention chirurgicale. c) Ainsi, si la recourante était rentrée à Genève comme prévu le 15 ou le 16 janvier 2009, on peut raisonnablement présumer qu'en fonction de la gravité de l'atteinte, elle aurait été opérée dans un bref délai, peut-être pas le 21 janvier, mais suffisamment rapidement pour éviter toute aggravation de son état de santé. Ainsi, il y a lieu de retenir que la condition de l'urgence n'est pas réalisée. Le recours sera donc rejeté.

E. 10

Les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont soumises au droit privé et régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; art. 12 al. 2 et 3 LAMal).

E. 11

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches

A/3017/2009 - 8/11 - d'assurances complémentaires (arrêts du Tribunal administratif E. du 29 août 2000, D. du 3 novembre 1998 et B.H. du 9 décembre 1997). Une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés. Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins qu'une clause d'exclusion doit être interprétée "restrictivement" (ATF 118 II 342 consid. 1a; 116 II 189 consid. 2a). En effet, la LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations (CO) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Le juge s'efforcera, en premier lieu, de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions et dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de leur convention (art. 18 al. 1 CO; ATF 127 III 444 consid. 1 b). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 consid. 2a, 118 II 342, consid. 1a p. 344-345, 112 II 245, consid. II/1c p. 253-254). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279 consid. 2c/ee p. 287 et les références doctrinales; voir aussi ATAS 1162/2006). Une disposition contractuelle ne sera toutefois interprétée en défaveur de l'assureur que lorsqu'il s'avère, après une interprétation soigneuse et objective, qu'elle peut de bonne foi être comprise de différentes façons (SJ 1996 p. 623).

E. 12

a) En l'espèce, les conditions particulières de l'assurance Mundo (MU, édition 01.07.2000), conclue par l'assurée en 2006, prévoient notamment que la somme assurée de 100'000 fr. est

destinée, en dehors de la Suisse et du Liechtenstein, notamment au remboursement des traitements ambulatoires reconnus au sens de la LAMal, des hospitalisations pour des traitements reconnus au sens de la LAMal (article 6 chiffres 1 et 2), mais qu'elle est exclue si l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger (article 7 chiffre).

A/3017/2009 - 9/11 - b) Les conditions particulières de l'assurance de soins complémentaires (SC, édition 01.07.2000) prévoient expressément que les prestations prévues ne sont versées qu'en complément de celles de l'assurance obligatoire des soins (article 3 chiffre 2). Aucune clause similaire n'est prévue dans les conditions particulières de l'assurance Mundo. Ainsi, le texte clair du contrat conclu prévoit que les prestations de l'assurance Mundo peuvent être versées alors même qu'aucune prestation n'est due selon l'assurance de base. Ainsi, la seule condition d'octroi des prestations qui fait référence à la LAMal par les conditions particulières Mundo est que le traitement soit reconnu par la LAMal, ce qui n'est pas contesté en l'espèce. c) Selon les conditions particulières Mundo, la somme assurée ne peut être mise à contribution lorsque l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger ou pour des maladies déjà en traitement et non consolidées (article 7 chiffres 1 et 2). En l'espèce, l'assurance affirme que l'absence d'urgence lors de la première consultation et lors de l'intervention chirurgicale implique que l'assurée a décidé volontairement de se faire traiter. L'assurée est d'un avis contraire, de sorte qu'il n'est pas possible d'établir avec certitude la réelle et commune volonté des parties. Il convient donc d'examiner de quelle façon les conditions particulières pouvaient, de bonne foi, être comprises. En premier lieu, le texte des conditions particulières ne mentionne aucune condition d'urgence à l'octroi des prestations. Si telle avait été la volonté de l'assureur, il aurait alors dû le préciser expressément. En second lieu, l'exclusion prévue lorsque l'assuré décide de se faire traiter volontairement ne peut pas être assimilée à l'urgence. En effet, le sens littéral des deux notions est trop divergent pour admettre que tel serait le cas. En troisième lieu, si les prestations étaient conditionnées à l'urgence de l'intervention à l'étranger, la conclusion d'une assurance spécifique n'aurait aucun intérêt puisqu'elle assurerait des prestations déjà couvertes par l'assurance de base. Finalement, la publicité faite pour l'assurance Mundo, bien qu'elle ne fasse pas partie des conditions particulières d'assurance met en lumière le sens de cette assurance: il s'agit de la faculté de se faire soigner à l'étranger en vacances, au lieu de rentrer, pour autant que la maladie survienne à l'étranger, que les soins soient admis par la LAMal et que leur coût ne soit pas excessif. Ainsi, il faut comprendre de bonne foi que la phrase " l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger" signifie que les prestations sont exclues seulement si l'assuré décide de se rendre à l'étranger dans le but de s'y faire soigner, de sorte qu'il sait, avant son départ, qu'il est malade. d) Dans le cas d'espèce, l'assureur n'allègue pas et aucun élément du dossier ne permet de penser que la recourante avait connaissance ou même avait un doute quand à l'existence de la tumeur cancéreuse du sein et serait donc allée à dessein aux

A/3017/2009 - 10/11 - Philippines pour s'y faire soigner. A fortiori, aucun traitement n'était en cours ou non consolidé au moment de son départ en vacances. Il a déjà été établi que les soins prodigués sont reconnus par la LAMal et que leur coût est modique. Ainsi, aucun motif d'exclusion des prestations de l'assurance Mundo n'est réalisé, de sorte que l'assureur doit prendre en charge l'intégralité des frais litigieux. S'agissant du montant, il s'agit de la totalité des frais encourus, soit 4'922 fr. 20 avec intérêts à 5% dès l'opposition formée le 25 juin 2009. A noter, d'une part, que les gouttes pour les yeux prescrites entrent dans les traitements reconnus au sens de la LAMal et d'autre part, que leur coût spécifique,

manifestement minime, n'est pas clairement lisible sur la facture produite, de sorte qu'il ne se justifie pas de l'exclure. La demande en paiement au sens de la LCA est donc fondée.

E. 13

Ainsi, le recours est rejeté, mais la demande est admise. Une indemnité de 750 fr. sera allouée à la recourante, qui obtient gain de cause.

A/3017/2009 - 11/11 -

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