

GE_GERICHTE ATAS/504/2018 vom 7. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_504_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/504/2018 du 7 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/504/2018 del 7 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

La Cour de céans ayant d'ores et déjà admis sa compétence et la recevabilité du recours, il n'y a pas lieu d'y revenir.

E. 2

Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des traitements prodigués par les médecins de la recourante à l'appelée en cause entre le 20 octobre et le 31 décembre 2005.

E. 3

Dans sa réponse du 11 juin 2013, l'intimée soutient que la production de la cession de créance est tardive, car postérieure à la décision litigieuse du 8 avril 2013. Il est rappelé que dans cette dernière, l'intimée a considéré que la recourante ne disposait pas d'une cession de créance valable pour la période concernée, de sorte que la qualité de partie et la possibilité de former opposition faisaient défaut.

E. 4

a. Selon l'art. 42 al. 1 LAMal, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. La notion de cession, telle qu'elle est prévue à l'art. 42 al. 1 LAMal, correspond à celle de l'art. 22 LPGA et des art. 164ss CO. Aux termes de l'art. 164 al. 1 CO, le créancier peut céder son droit à un tiers sans le consentement du débiteur, à moins que la cession n'en soit interdite par la loi, la convention ou la nature de l'affaire. b. La cession n'est, sous cet angle, admissible que si elle ne modifie pas le contenu de la créance, ne porte pas atteinte ou met en péril le but de celle-ci et n'aggrave pas la position juridique du débiteur (ATF 135 V 2 consid. 6.1). En adoptant expressément une dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, qui prévoit l'incessibilité du droit aux prestations, le législateur a admis que le droit de l'assuré au remboursement par son assureur-maladie de la rémunération due au fournisseur de prestations peut faire l'objet d'une cession et ne présente donc pas un caractère incessible. Il voulait maintenir par-là la possibilité pour le patient de céder au médecin - voire à un autre fournisseur de prestations - ses prétentions vis-à-vis de l'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_320/2010 du 2 décembre 2010 consid. 4.2 et les références). La validité d'une telle cession avait déjà été admise par le Tribunal fédéral sous l'empire de la législation antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 127 V 439). Une cession en vue de paiement ne modifie en effet pas le principe sur lequel repose le système du tiers garant, à savoir que c'est l'assuré qui est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. Le cessionnaire (ici le fournisseur de

prestations) n'est obligé d'imputer

A/1534/2013 - 16/21 - sur sa créance contre le cédant (ici l'assuré) que ce qu'il reçoit effectivement du débiteur cédé (ici l'assureur-maladie) ou ce qu'il aurait reçu s'il avait agi à temps avec le soin voulu. Le cédant est donc garant de la solvabilité du débiteur cédé puisqu'il n'est libéré que jusqu'à concurrence de ce que le cessionnaire recouvre ou aurait pu recouvrer (ATF 127 V 439 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_320/2010 du 2 décembre 2010 consid. 4.2). La cession, dont l'effet principal est la substitution du créancier cédant par un nouveau créancier (le cessionnaire) qui acquiert, en lieu et place du cédant, la pleine titularité de la créance, ne modifie pas la nature juridique de la créance cédée: la créance cédée passe du cédant au cessionnaire dans son état effectif, c'est-à-dire avec toutes les qualités (avantages et désavantages) qui lui sont propres, ainsi que tous les droits accessoires et charges y relatives. En d'autres termes, la cession ne change rien à la nature de la créance cédée et le cessionnaire se substitue au cédant et devient pleinement titulaire des droits et obligations de ce dernier, y compris les droits de nature procédurale. Pour ce motif, la cession n'a pas d'effet sur la compétence de l'autorité judiciaire appelée à se prononcer sur les contestations correspondantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_320/2010 du 2 décembre 2010 consid. 4.3 et les références). La cession de créance est un acte de disposition bilatéral reposant sur la manifestation réciproque et concordante des volontés du cédant et du cessionnaire (ATF 130 III 248 consid. 3.2). c. En l'espèce, par l'effet des cessions de créance signées lors de chaque intervention de la recourante, cette dernière est devenue titulaire unique des créances en remboursement de la part de l'intimée. Le pouvoir de disposition sur les créances cédées lui appartenait en propre. Le moment de la communication effective des cessions de créance n'est pas déterminant, dès lors que l'intimée savait que la recourante obtenait des cessions de créance lors de chaque intervention, puisqu'elle en avait reçu pour les périodes antérieures. Elle a d'ailleurs relevé, dans sa décision initiale du 20 août 2012, que l'appelée en cause « avait signé pour chaque facture une cession de créance » en faveur de la recourante. Si elle s'est finalement aperçue, au moment de statuer sur l'opposition de la recourante, qu'elle n'était en réalité pas en possession des documents attestant desdites cessions pour la période concernée par le litige, il lui incombait de les solliciter. Partant, au bénéfice d'une cession de créance valable, la recourante possédait la légitimation active pour requérir le remboursement des factures auprès de l'intimée.

E. 5

Dans sa réponse du 11 juin 2013, l'intimée se prévaut également de la péremption.

E. 6

a. Conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

A/1534/2013 - 17/21 - L'art. 29 LPGA prévoit que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (al. 1). Les assureurs sociaux remettent gratuitement les formules destinées à faire valoir et à établir le droit aux prestations; ces formules doivent être transmises à l'assureur compétent, remplies de façon complète et exacte par le requérant ou son employeur et, le cas échéant, par le médecin traitant (al. 2). En application de l'art. 42 al. 6 LAMal, aucune formule n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations, en

dérogation à l'art. 29 al. 2 LPGA. Enfin, selon l'art. 127 CO, toutes les actions se prescrivent par dix ans, lorsque le droit civil fédéral n'en dispose pas autrement. b. Les prestations d'assurance sociale sont en principe servies à la demande de l'ayant droit: celui qui ne s'annonce pas à l'assurance n'obtient pas de prestations, même si le droit à celles-ci découle directement de la loi (ATF 101 V 261 consid. 2). Aussi, l'art. 29 al. 1 LPGA prévoit-il que celui qui fait valoir un droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite par l'assurance sociale concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_532/2011 du 7 mai 2012). Aucune formule particulière n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations dans l'assurance-maladie sociale (art. 42 al. 6 LAMal) et l'envoi informel de la facture du prestataire de soins suffit (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, ch. 53 ad. art. 29 LPGA). Ni la LPGA, ni la LAMal n'indiquent à partir de quand commence à courir le délai de péremption de cinq ans prévu à l'art. 24 al. 1 LPGA pour faire valoir son droit au remboursement des prestations au sens de l'art. 42 al. 1 LAMal. Selon le Tribunal fédéral, ce délai commence à courir au moment de la réception de la facture du fournisseur de prestations par l'assuré (ATF 139 V 244 consid. 3.3.3). En principe, la demande adressée à un assureur social sauvegarde le droit aux prestations de celui qui la présente et comprend toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_92/2008 du 24 novembre 2008 consid. 3.2 et 3.3 et les références). c. En l'espèce, il n'est pas contesté que toutes les factures concernant les soins dispensés entre le 20 octobre et le 31 décembre 2005 ont été reçues en mai 2006 au plus tard par l'intimée, de sorte que le délai de péremption de cinq ans de la créance en remboursement a été respecté. Le droit au remboursement des factures de la recourante n'est donc pas périmé. S'agissant d'une éventuelle prescription de l'action tendant au remboursement des factures litigieuses, la Cour de céans rappellera que le délai général de prescription de 10 ans (art. 127 CO) a été interrompu une première fois en 2007 par l'introduction d'une poursuite et une seconde fois le 10 mai 2013 par le dépôt d'un recours auprès de la Cour de céans.

A/1534/2013 - 18/21 -

E. 7

Il convient à présent d'examiner si la recourante peut obtenir le remboursement au titre de l'assurance obligatoire des soins.

E. 8

Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2). Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 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).

E. 9

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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.

A/1534/2013 - 19/21 - En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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. 3). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 10

La Cour de céans a mis en œuvre deux expertises judiciaires successives afin de déterminer si les soins prodigués par la recourante à l'appelée en cause respectaient les conditions de l'art. 32 LAMal, à savoir s'ils étaient efficaces, appropriés et économiques. Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de la seconde expertise judiciaire, étant rappelé

que celle de la première n'a pas été jugée suffisante. Certes, cette fois encore, l'anamnèse n'est pas aussi complète que l'on pourrait le souhaiter. L'expert s'est une nouvelle fois heurté à la mauvaise volonté de l'assurée. Cependant, contrairement à son prédécesseur, il a pu interroger le médecin-traitant de l'époque, ce qui lui a permis de parvenir à la conclusion qu'il était fort probable que la dépendance de l'expertisée aux opiacés remontât à son séjour en Angola déjà, ce que plusieurs éléments au dossier sont venus corroborer. Contrairement à son prédécesseur également, le Dr M_____ ne s'est pas contenté des seules informations fournies par le Dr G_____. Le second expert s'est également montré beaucoup plus nuancé dans ses propos et ses conclusions sont cohérentes et argumentées de manière convaincante. Ainsi donc, son analyse et son appréciation des besoins et possibilités envisageables en l'espèce ne paraît pas prêter le flanc à la critique. Il convient dès lors de reconnaître pleine valeur probante à cette seconde expertise.

A/1534/2013 - 20/21 -

E. 11

Il convient dès lors d'examiner si les conditions posées par l'art. 32 LAMal sont remplies en l'espèce pour la période litigieuse. La question de l'efficacité est fort douteuse. En effet, pour considérer cette condition comme réalisée, il faudrait que le traitement administré vise la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique. Or, en l'occurrence, il n'est pas contesté que le but visé par le traitement administré se limitait à palier les symptômes physiques et psychiques d'abstinence aux opiacés. Le caractère approprié du traitement est tout aussi problématique. Selon l'expert, il existait bel et bien des alternatives thérapeutiques plus adaptées, telles que la mise en place d'un traitement de substitution ou de maintenance morphinique par une autre voie d'administration, voire même une cure de désintoxication aux opioïdes. L'expert a toutefois également reconnu la difficulté à faire accepter de telles alternatives à l'assurée eu égard aux comorbidités présentées par cette dernière. Quoiqu'il en soit, il apparaît en revanche clairement que l'exigence du caractère économique de la prestation n'est pas remplie, étant rappelé que les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses. En effet, l'expert a expliqué que, sans conteste, les interventions d'urgence auraient pu être remplacées par une prise en charge à domicile. Même en admettant que le traitement par injection aurait été l'unique envisageable durant la période litigieuse, les coûts engendrés par la mise en place de soins infirmiers auraient été moindres comparés à ceux des interventions en urgence auxquelles s'est systématiquement pliée la recourante. Au vu des circonstances, et connaissant la dépendance de l'assurée, il n'appartenait pas à la recourante, en tant que service d'urgence, d'intervenir de manière répétée et sur une période aussi prolongée, comme elle l'a fait. Eu égard aux considérations qui précèdent, il s'avère que c'est à juste titre que l'intimée a refusé de s'acquitter des factures que lui a adressées la recourante pour la période litigieuse au titre de l'assurance obligatoire des soins. Le recours est donc rejeté.

A/1534/2013 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :