

GE_GERICHTE ATAS/619/2025 vom 19. August 2025

GE Cour de justice, 2025-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_619_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/619/2025 du 19 août 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/619/2025 del 19 agosto 2025

Erwägungen

E. 1

A/565/2025 - 10/22 -

E. 1.1

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), 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

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 1.3

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 21 janvier 2025, par laquelle l'intimée a refusé de prendre en charge, au titre de l'assurance-maladie obligatoire, les factures liées à l'hospitalisation des recourantes à l'étranger. 3. Aux termes de 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. Cette disposition concrétise un des buts principaux de la LAMal, qui est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 265 consid. 3b). L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102) précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse (CC - RS 210) sont tenues de s'assurer, conformément à l'art. 3 de la loi. 3.1 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. Selon l'art. 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. 1). Ces prestations comprennent (al. 2) : les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (let. a ch. 1), des chiropraticiens (let. a ch. 2), des infirmiers (let. a ch. 2bis, en vigueur depuis le 1er janvier 2024), des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (let. a ch. 3), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (let. b), une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin (let. c), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un

A/565/2025 - 11/22 - médecin (let. d), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e), le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (let. fbis), une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (let. g), les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b (let. h). L'art. 32 LAMal dispose que 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). L'art. 64 LAMal précise que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; al. 2). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (al. 3). Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte (al. 4). En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution (al. 5).

3.2 À teneur de l'art. 29 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité (al. 1). Ces prestations comprennent les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (al. 2 let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (al. 2 let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (al. 2 let. c), les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (al. 2 let. d). Les prestations d'assurance fournies pendant la grossesse sont destinées à la mère. De même, des interventions effectuées en cours de grossesse sur l'enfant à naître sont du ressort de l'assurance de la mère (ATF 125 V 8 consid. 4b). En revanche, le traitement et les soins prodigués au nourrisson malade de même que les mesures de prévention (art. 26 LAMal et 12 OAMal) sont à la charge de l'assurance de l'enfant (ATF 125 V 8 consid. 5).

3.3 L'assurance-maladie est régie par le principe de territorialité, ancré à l'art. 34 al. 2 LAMal. Selon ce principe, seules sont à la charge de la caisse-maladie les prestations dispensées en Suisse ou, s'agissant de prestations délivrées sur ordonnance, celles qui sont prescrites par un fournisseur de prestations admis à pratiquer en Suisse afin d'être fournies en Suisse (Martin ZOBL / Kerstin Noëlle)

A/565/2025 - 12/22 - VOKINGER in Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, n. 3 ad art. 34 LAMal). L'art. 34 LAMal dispose notamment que le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal qui sont fournies à l'étranger, pour des raisons médicales ou dans le cadre d'une coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse (al. 2 let. a) ; les coûts d'accouchements à l'étranger pour des raisons autres que médicales (al. 2 let. b). Il peut limiter la prise en charge des coûts visés à l'al. 2 (al. 3). Se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OAMal intitulé « Prestations à l'étranger ». Cette disposition prévoit que le Département fédéral de l'intérieur désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des

soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (al. 1). 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 dans le but de suivre ce traitement (al. 2). L'assurance obligatoire des soins prend en charge, dans le cadre de l'art. 29 de la loi, les coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse (al. 3). Les prestations visées aux al. 1 et 2, et les traitements effectués à l'étranger pour les frontaliers, les travailleurs détachés et les personnes occupées par un service public, ainsi que pour les membres de leur famille (art. 3 à 5), sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse ; dans les cas prévus à l'al. 3, le montant maximum correspond à celui qui aurait été payé en Suisse. Pour les assurés visés aux art. 4 et 5, la prise en charge des coûts s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables à leur dernier lieu de résidence en Suisse. Si le traitement effectué pour les assurés visés à l'art. 1, al. 2, let. d à ebis, ne suit pas les règles sur l'entraide internationale en matière de prestations, la prise en charge des coûts s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables à leur dernier lieu de résidence ou de travail en Suisse; si aucun de ces lieux ne peut être déterminé, la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables dans le canton du siège de l'assureur (al. 4). Les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées (al. 5).

3.3.1 Selon la jurisprudence, une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ; ou bien il est établi, dans un cas

A/565/2025 - 13/22 - particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés (RAMA 2003 n. KV 253 p. 229 consid. 2).

3.3.2 S'agissant de la condition d'urgence, prévue à l'art. 36 al. 2 OAMal, 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 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 K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 5.4 et K 7/02 du 23 août 2002 consid. 4).

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 ; 131 V 271). Le traitement qui se trouve dans un lien de connexité temporel et matériel avec une mesure thérapeutique qui a été administrée pour des raisons autres que médicales hors du canton, ne revêt pas un caractère urgent et n'est pour ce motif pas pris en charge. Il n'en va différemment que s'il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie

nécessitant des soins urgents serait également survenue sans le traitement volontaire hors du canton. Ces principes s'appliquent par analogie aux conditions posées par l'art. 36 al. 2 OAMal pour la prise en charge de soins urgents fournis à l'étranger (ATF 146 V 185 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2017 du 20 juin 2017 consid. 4.3). Ainsi, même en cas d'urgence, si l'atteinte à la santé est imputable d'une manière ou d'une autre au traitement médical suivi à l'étranger, l'assurance obligatoire des soins n'a pas à prendre en charge les coûts dérivant de ce traitement. On ajoutera que l'existence d'un simple risque imputable au traitement médical suivi à l'étranger peut en principe suffire pour exclure la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2017 précité consid. 7.2). Dans cette affaire, le Tribunal fédéral a constaté que la détérioration de l'état de santé de l'assurée ne présentait aucun lien avec le traitement expérimental suivi à l'étranger mais correspondait à une évolution prévisible d'un cancer des poumons de stade IV. En d'autres termes, l'hospitalisation serait également survenue même si l'assurée n'avait pas suivi les essais cliniques aux États-Unis. Dans ces circonstances, le seul fait que l'assurée se trouvait à l'étranger pour suivre un

A/565/2025 - 14/22 - traitement expérimental ne saurait la priver de la couverture de l'assurance obligatoire des soins ; peu importe donc le motif de son voyage à l'étranger. De même, le fait qu'une détérioration rapide de son état de santé était prévisible ne changeait rien. Il aurait encore fallu, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, que cette détérioration soit imputable au traitement médical suivi à l'étranger (arrêt 9C_177/2017 précité consid. 7.2).

3.3.3 En cas d'accouchement à l'étranger, la notion d'urgence doit être relativisée en cas de grossesse normale, puisque la femme enceinte sait que son état requiert à terme des soins médicaux et qu'elle connaît généralement la date présumée de son accouchement. Dans cette situation, il lui appartient, sauf à admettre sa volonté d'accoucher à l'étranger, de prendre toutes les dispositions utiles, plus le terme supposé de l'accouchement s'approche, pour éviter un déplacement à l'étranger, respectivement, pour assurer son retour en Suisse. Il arrive en effet un moment à partir duquel un voyage s'avère médicalement contre-indiqué, si bien qu'un accouchement sur place est nécessaire et que les soins à prodiguer deviennent en tout état de cause urgents. Le Tribunal fédéral a jugé que le caractère de l'urgence n'était en l'occurrence pas réalisé dans le cas de l'assurée, qui s'était rendue aux États-Unis le 26 juillet 1999 où elle comptait rester une semaine à dix jours et, qui avait continué d'y séjourner pour une raison inconnue jusqu'au 31 août 1999, date à partir de laquelle les médecins lui avaient formellement interdit de prendre l'avion alors qu'elle se trouvait alors à la 35^e semaine de grossesse, soit à une période où l'éventualité d'un accouchement, même avant terme, était notoirement plus élevé qu'au cours des mois précédents. Le Tribunal a retenu que nonobstant son état, l'assurée avait prolongé son séjour aux États-Unis sans raison médicale et qu'après avoir consulté un médecin le 23 août 1999, elle avait encore laissé passer une semaine alors qu'il lui était possible, durant ce laps de temps, de voyager (arrêt du Tribunal fédéral K 14/03 du 2 février 2004). Dans une jurisprudence ultérieure, le Tribunal fédéral a précisé qu'une situation d'urgence en cas d'accouchement supposait que la femme enceinte ne se soit pas rendue à l'étranger avec l'intention d'y mettre au monde son enfant ou d'y bénéficier d'un traitement lié à la grossesse, et qu'au cours de son séjour à l'étranger, elle soit surprise par les signes d'un accouchement imminent de telle sorte qu'un retour en Suisse constituerait une mesure irresponsable d'un point de vue médical. Il y avait urgence lorsque l'intention de rester au lieu de séjour ne surgissait qu'au moment où le retour au domicile ne constituait plus une alternative (arrêts du Tribunal fédéral 9C_144/2015 du 17 juillet 2015 consid. 4.2.1 ;

9C_408/2009 du 9 septembre 2009 consid. 9). 3.3.4 La chambre de céans a été saisie d'un litige portant sur la prise en charge des frais d'accouchement et d'hospitalisation, pour la mère et son enfant, suite à un accouchement déclenché au Centre hospitalier de la région d'Annecy (ci-après : Centre) en raison d'un retard de croissance du fœtus. Elle a relevé que

A/565/2025 - 15/22 - les futurs parents avaient projeté que l'accouchement devait de toute manière se dérouler au Centre, de sorte que l'urgence devait être niée. En outre, il ressortait des pièces que l'assurée avait été admise au Centre pour un « déclenchement programmé » et qu'elle aurait eu largement le temps de se rendre dans un établissement hospitalier genevois. Elle a donc jugé que la mère et son enfant ne pouvaient pas prétendre à la prise en charge de leurs frais encourus à l'étranger sur la base de l'art. 36 al. 2 OAMal. Elle a ensuite constaté qu'il n'y avait pas eu de violation du devoir de conseils de la part de l'assurance, du moins concernant les frais d'accouchement. L'assurance était ainsi fondée à limiter le remboursement des factures concernant la mère aux montants-limites qu'elle avait promis de rembourser, de manière volontaire, par courrier du 2 novembre 2012. S'agissant de l'hospitalisation de l'enfant, qui n'avait pas fait l'objet de la déclaration de prise en charge du 2 novembre 2012, elle constituait néanmoins la conséquence directe de l'accouchement autorisé au Centre. Conformément aux règles de la bonne foi, l'assurance aurait dû au moins indiquer, dans son courrier du 2 novembre 2012, qu'un séjour hospitalier de l'enfant à naître aurait lieu dans un hôpital non conventionné et que cela aurait pour conséquence que le coût des prestations excédants, cas échéant, les montants prévus par la convention tarifaire applicable ne serait pas pris en charge. Nantie des renseignements qui avaient été omis au sujet de l'enfant, le comportement raisonnable de la mère aurait vraisemblablement consisté à ne pas accoucher au Centre, mais dans un hôpital conventionné à Genève. L'assurance devait donc prendre à sa charge le montant facturé par le Centre, sous déduction de la franchise et de la quote-part (ATAS/28/2015 du 19 janvier 2015). Les parties ont recouru auprès du Tribunal fédéral contre cet arrêt. L'assurée a requis la prise en charge de la totalité des frais d'accouchement et l'assurance a nié devoir s'acquitter de prestations supérieures à celles déjà remboursées. Le Tribunal fédéral a confirmé que le caractère urgent de l'accouchement pouvait en l'occurrence être nié, au vu de l'intention préalablement formée de la parturiente d'accoucher au Centre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_144/2015 du 17 juillet 2015 consid. 4.2). Il a toutefois retenu un défaut d'instruction correspondant à une violation du droit d'être entendue de l'assurée, qui n'avait pas été invitée à prouver les faits dont elle se prévalait, à savoir que l'assurance était en possession du devis du Centre lorsqu'elle l'avait renseignée sur l'étendue de sa prise en charge le 2 novembre 2012 et avait par conséquent violé son devoir de conseil en lui communiquant des informations incomplètes (consid. 4.3). Il a donc renvoyé la cause aux premiers juges pour qu'ils complètent l'instruction (consid. 4.4) S'agissant du recours de l'assurance portant sur la prise en charge des frais relatifs au séjour de l'enfant au Centre, il a relevé que, dès lors que l'assurance avait accepté, le 2 novembre 2012, de déroger au principe de la territorialité des prestations pour l'accouchement de son assurée, elle ne pouvait pas se limiter à garantir les montants-limites y relatifs, sans avertir l'intéressée que les frais d'accouchement qu'elle prenait en charge ne comprenaient pas d'éventuels coûts

A/565/2025 - 16/22 - supplémentaires liés aux soins à apporter à l'enfant en cas de complications, et que le séjour hospitalier de l'enfant ne serait pas pris en charge aux mêmes conditions que s'il naissait dans un hôpital au lieu de domicile des parents. Il s'agissait alors de donner à l'assurée suffisamment de renseignements pour qu'elle fût en mesure de décider

du lieu de son accouchement en sachant que la prise en charge des coûts y relatifs pouvait lui incomber en (grande) partie si la situation ne correspondait pas à une naissance sans complication (consid. 5.2). Notre Haute cour a conclu que le recours de l'assurance était mal fondé et devait être rejeté, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si son obligation de prester aurait éventuellement pu être fondée sur le caractère urgent des soins médicaux dont a bénéficié l'enfant de l'assurée dès sa naissance, dans le service de néonatalogie d'un établissement hospitalier à l'étranger (consid. 6).

3.4 L'art. 27 LPGA prévoit que, 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 a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

3.4.1 L'alinéa premier ne porte que sur une information générale des assurés, par le biais par exemple de brochures d'informations ou de lettres-circulaires. En revanche, l'alinéa 2 prévoit l'obligation de donner une information précise ou un conseil dans un cas particulier, de sorte qu'il peut conduire à l'obligation de verser des prestations sur la base du principe de la bonne foi (voir à ce propos la Journée AIM, « Premiers problèmes d'application de la LPGA », intervention de Monsieur le Juge fédéral Ulrich MEYER, le 7 mai 2004 à Lausanne). Le devoir de conseils de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le 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). Ce devoir s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_557/2010 du 7 mars 2011 consid. 4.1).

3.4.2 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

A/565/2025 - 17/22 - déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition c devant toutefois être formulée de la façon suivante : que

l'administré 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). S'il est vrai que sous l'empire de l'art. 27 al. 2 LPGA, l'assureur social n'est plus en droit d'invoquer que l'assuré aurait pu adopter un comportement adéquat s'il n'avait pas ignoré la loi, il n'en demeure pas moins que la reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend bien plutôt du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé. On ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (arrêt 9C_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 3.3 et les références citées). Dans le dernier arrêt cité, qui concernait une caisse-maladie qui avait été consultée par un assuré en vue de la prise en charge d'une prestation future à l'étranger en principe non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (traitement dentaire), le Tribunal fédéral a considéré qu'il incombait à la caisse, qui avait été avertie de la date relativement proche de l'intervention projetée, de réagir sans délai et d'informer l'assuré sur les règles applicables en pareille occurrence et sur l'absence de prise en charge des frais de traitement en découlant en principe. À défaut, elle manquait à son devoir de conseils au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 3.2).

A/565/2025 - 18/22 - 3.5 Enfin, il sera rappelé que l'art. 119 al. 2 let. d de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101) prévoit que le don d'embryon et toutes les formes de maternité de substitution sont interdites. 4. En l'espèce, les recourantes soutiennent que les frais litigieux relèvent d'un traitement dispensé à l'étranger en cas d'urgence, dès lors qu'elles ont dû être hospitalisées en unité de soins intensif néonataux, de manière imprévisible, dès leurs naissances, en raison de complications médicales. Ces dernières n'avaient pas été planifiées et un retour en Suisse était matériellement impossible. 4.1 La chambre de céans rappelle en premier lieu que l'intimée a admis que les recourantes pouvaient être affiliées à l'assurance-obligatoire des soins dès leurs naissances, car elle pouvait supposer que leur père biologique, domicilié en Suisse, les avait reconnues au Canada déjà et détenait donc l'autorité parentale au moment de leurs naissances. Ce point n'étant pas litigieux, il n'y a pas lieu d'y revenir. 4.2 Elle relève ensuite qu'il ressort du contrat de gestation pour autrui conclu le 30 juin 2021 par les parents d'intention, d'une part, et la mère de substitution et son époux, d'autre part, que les parties ont expressément prévu que la procédure de transfert d'embryon, la grossesse et l'accouchement se dérouleraient au Canada. Ce document indique en outre que les parents d'intention reconnaissent que les frais des soins aux enfants et les coûts hospitaliers ne seront pas couverts par l'assurance de la mère de substitution, et que les coûts en cas de naissance prématurée ou de complications pourraient être supérieurs à \$CAN 17'000.- par jour. Les parents d'intention reconnaissent et acceptent qu'ils seraient responsables pour de tels coûts. Ils garantissent en outre qu'ils souscriront une assurance, au moins trois mois avant le transfert, afin de couvrir ces frais potentiels. Ils acceptent expressément qu'ils seront entièrement responsables si une facture concernant les soins des enfants est présentée à la mère de substitution (ch. 18.9). 4.2.1 Concernant la prise en charge des enfants à la naissance, il est rappelé que les soins dispensés aux nouveau-nés qui ne relèvent pas de la

maladie sont considérés comme des soins de maternité, qu'ils soient prodigués en Suisse ou à l'étranger. Ainsi, en cas de naissance en bonne santé, les recourantes n'auraient pu prétendre à aucune prestation de la part de l'assurance-maladie obligatoire, la mère porteuse n'étant pas affiliée en Suisse. Les parents d'intention savaient et avaient accepté que les frais relatifs à un éventuel séjour hospitalier auprès de la mère porteuse resteraient à leur charge, puisque ces coûts n'étaient pas couverts par l'assurance de celle-ci. 4.2.2 S'agissant des frais engendrés par les complications médicales, le Tribunal fédéral n'a pas tranché la question de savoir si l'obligation de prester de l'assurance-maladie obligatoire peut être fondée sur le caractère urgent des soins

A/565/2025 - 19/22 - médicaux prodigués à la naissance, dans le service de néonatalogie d'un établissement hospitalier à l'étranger (arrêt du Tribunal fédéral 9C_144/2015 du 17 juillet 2015). Cette question peut également demeurer ouverte dans la présente cause, eu égard à ce qui suit. 4.3 Les recourantes invoquent une violation du principe de la bonne foi et de la confiance. Elles font valoir que leur affiliation prénatale leur garantissait une couverture dès leur naissance et que l'émission des polices d'assurance avec effet rétroactif dès la naissance avait créé une attente légitime quant à la prise en charge des frais médicaux litigieux. Les conditions générales, brochures et site internet de l'intimée laissaient entendre que les frais hospitaliers d'urgence seraient couverts, et le preneur d'assurance n'avait pas à supposer d'éventuelles restrictions, qui n'avaient pas été clairement précisées, et les conditions générales devaient dans un tel cas être interprétées dans le sens le plus favorable à l'assuré. La chambre de céans rappelle au préalable que, par courriel du 16 décembre 2021, l'intéressé s'est enquis auprès de l'intimée de la prise en charge des frais liés à une hospitalisation d'urgence de nouveau-nés à l'étranger, et plus particulièrement au Canada, tant par l'assurance obligatoire des soins que par l'assurance-maladie complémentaire. Il a précisé que sa demande de renseignements ne portait pas sur les frais liés à une grossesse ou aux soins apportés à la femme après son accouchement, mais uniquement sur la prise en charge d'une éventuelle hospitalisation d'urgence de nouveau-nés. L'intimée lui a envoyé des propositions d'assurance le 22 décembre 2021 et un courriel le lendemain, le 23 décembre 2021, mentionnant qu'un accouchement n'était pas considéré comme un cas d'urgence et que « Si les enfants doivent pour une raison différentes raisons être hospitalisée cela est une urgence ». Elle s'est ainsi contentée d'une réponse sommaire et vague, de surcroît peu compréhensible compte tenu de l'erreur de syntaxe, sans renseigner clairement l'intéressé en lui signifiant les coûts qui pourraient être pris en charge par l'assurance-obligatoire des soins et ceux qui ne feraient l'objet d'aucun remboursement. La requête précise de l'intéressé appelait pourtant une réponse explicite. L'intéressé s'est renseigné sur la prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger de nouveau-nés. Seuls deux cas de figure peuvent être envisagés. Soit un enfant naît en bonne santé et il séjourne auprès de sa mère, soit il est atteint dans sa santé et il nécessite des soins médicaux. L'intimée ayant distingué, d'une part, l'« accouchement » et, d'autre part, « différentes raisons », l'intéressé pouvait de bonne foi comprendre qu'un accouchement ordinaire ne constituait pas un cas d'urgence de sorte que l'hospitalisation du nouveau-né ne serait pas prise en charge tant qu'il était hospitalisé avec sa mère, alors que si l'hospitalisation du nouveau-né était due à ses problèmes de santé, les frais liés à de telles complications seraient pris en charge par l'assurance-maladie de base.

A/565/2025 - 20/22 - À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que la note interne relative à l'entretien du 20 décembre 2021 entre deux collaboratrices de l'intimée, que cette

dernière ne prétend pas avoir communiquée aux recourantes, était tout aussi confuse et incomplète. En effet, même si la collaboratrice de la section « Contrôle des prestations » a noté qu'il convenait de confirmer au client qu'il n'y avait « aucune prise en charge pour les frais d'hospitalisation des enfants à l'accouchement », que les frais des enfants en bonne santé seraient à la charge de la mère et qu'en cas de « mauvaise santé » une annonce devrait être faite à l'assurance-invalidité, elle a également indiqué que le père devrait contacter la Centrale d'appel d'urgence en cas de problème « pour que les LCA rentre[nt] en matière. Sinon, que dble montant sur AOS », ce qui suggère donc une prise en charge de l'assurance-maladie obligatoire. L'intimée a ensuite confirmé à l'intéressé, le 25 janvier 2022, qu'elle assurerait « sans restriction de prestations » les enfants pour l'assurance de base obligatoire et pour quatre assurances complémentaires. Si les polices d'assurance sont effectivement déterminantes pour l'assurance complémentaire, tel n'est pas le cas pour l'assurance obligatoire des soins, régie par la loi, qui prévoit notamment une exception au principe de territorialité en cas d'urgence. Or, le recourant s'est précisément informé auprès de l'intimée pour savoir si les frais liés à une hospitalisation en cas de complications dès la naissance pourraient ou non être considérés comme relevant d'une urgence. La confirmation d'affiliation, mentionnant une affiliation « sans restriction », était de nature à le conforter sur le fait que d'éventuelles complications seraient prises en charge par l'intimée. Au regard du principe de la bonne foi, il incombait à l'intimée d'apporter une réponse précise à l'intéressé et de lui indiquer clairement qu'elle refuserait, en application du principe de territorialité, de prendre en charge les frais d'une hospitalisation d'un nouveau-né au Canada, quel que soit d'ailleurs l'état de santé de l'enfant, au motif qu'elle estimait que de tels frais résultaient d'une naissance planifiée à l'étranger et ne constituaient pas une urgence. Si l'intimée avait correctement renseigné l'intéressé sur ces points, celui-ci aurait selon toute vraisemblance choisi de conclure des couvertures d'assurance au Canada pour les enfants à naître, au vu des coûts élevés auxquels il s'exposait en cas de complications. On ajoutera encore que, dans sa dernière écriture du 5 mai 2025, l'intimée a affirmé, concernant l'intéressé, « La gestation pour autrui étant interdite en Suisse, il pouvait bien se douter que cette manière de faire pouvait soulever des problématiques de prise en charge dans la mesure où les naissances surviennent à l'étranger et sont planifiées. Il a volontairement omis d'indiquer certaines informations ». L'intimée reconnaît ainsi le besoin d'informations de l'intéressé, ainsi que la situation juridique complexe et atypique dans laquelle il se trouvait. Son devoir de conseils requérait qu'elle le rende attentif à sa position, à savoir qu'elle refuserait de verser des prestations à la naissance des enfants, ce d'autant

A/565/2025 - 21/22 - plus que la prise en charge des soins médicaux prodigués à la naissance, dans le service de néonatalogie d'un établissement hospitalier à l'étranger, a été laissée ouverte par le Tribunal fédéral, qui ne l'a ainsi à ce jour pas exclue. Que l'intéressé ne lui ait pas précisé que les naissances étaient « planifiées » à l'étranger est sans pertinence, puisque ce fait se déduisait de toute évidence de sa demande même de renseignements. Pour le reste, l'intéressé n'avait pas à informer spontanément l'intimée de l'existence d'une maternité de substitution, fait non pertinent pour déterminer la couverture d'assurance des enfants, et que l'intimée pouvait en outre aisément en inférer des questions posées, comme l'atteste son « soupçon » de recours à une mère porteuse. Enfin, la chambre de céans constate que, suite à la demande de remboursement des recourantes du 16 août 2023, l'intimée n'a pas été en mesure de justifier son refus de prise en charge, argumentation juridique à l'appui, avant le prononcé de ses décisions du 17 mai 2024.

Avant cette date, elle s'était contentée de se référer au contrat de gestation et à la maternité de substitution, en dépit des nombreuses relances des recourantes, sans motiver à satisfaction son refus. Sa prise de position tardive démontre que l'intimée n'avait préalablement procédé qu'à une analyse sommaire du cas soulevé par l'intéressé, alors que ce dernier avait dûment sollicité des renseignements dès le mois de décembre 2021. Partant, le défaut de renseignement clair dans cette situation concrète, qui aurait commandé une information précise de l'intimée, doit être assimilé à une déclaration erronée. Les conditions jurisprudentielles étant réunies, l'intimée est tenue à consentir aux recourantes, en vertu du principe de la protection de la bonne foi, un avantage auquel celles-ci n'auraient pu prétendre. 4.4 Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision litigieuse doit être annulée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si l'obligation de prester de l'intimée aurait pu être fondée sur le caractère urgent des soins médicaux dont ont bénéficié les recourantes dès leurs naissances dans un service de néonatalogie au Canada. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle examine la demande de remboursement des recourantes du 16 août 2023 et rende une nouvelle décision sur la prise en charge des factures transmises, dans les limites posées par l'art. 36 al. 4 OAMal. 5. Partant, le recours doit être partiellement admis et la décision du 21 janvier 2025 annulée. Les recourantes, qui obtiennent partiellement gain de cause, interviennent sans l'assistance d'un mandataire professionnel et ne font pas valoir de dépenses particulières. Elles n'ont par conséquent pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario).

A/565/2025 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 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.

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