

GE_GERICHTE ATAS/629/2010 vom 27. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_629_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/629/2010 du 27 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/629/2010 del 27 maggio 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 le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable, compte tenu du délai de garde légal de sept jours et des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. et 56 et ss LPGA ; ATF 127 I 34 , consid. 2b).

E. 3

Le litige porte sur la prise en charge de l'hospitalisation du recourant en France du 17 au 19 février 2009.

E. 4

Aux termes de 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. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger. Par « raison médicale », il faut 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).

A/4668/2009 - 10/16 -

E. 5

Selon l'art. 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 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).

E. 6

Le séjour en division commune d'un hôpital est une prestation à charge de l'assurance obligatoire de soins (art. 25 al. 2 let. e LAMal). Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.

E. 6.1

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). 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). 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).

E. 6.2

L'efficacité, l'adéquation et l'économicité de traitements fournis en Suisse par des médecins sont présumées (cf. art. 33 al. 1 LAMAL a contrario ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 283 ss consid. 3). 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 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 2004 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquels, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (G. EUGSTER, *Krankenversicherung in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, n° 180). En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi le bénéfice thérapeutique en résultant doit être important : des avantages minimes, incertains, peu quantifiables ou contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition ; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (RAMA 2003 n° KV p. 231 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 août 2005 en la cause K 78/05).

E. 6.3

Selon la jurisprudence, une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (cf. G. LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse, Berne 2004, page 262 ; dans le même sens G. EUGSTER, op. cit. n° 180). Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de « tourisme médical » à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement - et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée - que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. A terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentielles pour la santé publique (cf. par analogie, s'agissant des impératifs susceptibles d'être invoqués pour justifier une entrave à la libre prestation des services dans l'Union Européenne en matière de soins hospitaliers : arrêt de la Cour de justice des communautés européennes [CJCE] du 13 mai 2003, MÜLLER-FAURE et VAN RIET, rec. 2003 I page 4509, points 72 ss et du 12 juillet 2001, SMITS et PEERBOOMS, rec. 2001 I page 5473, points 72 ss). C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens, l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (ATF 126 V 332 consid. 1b ; ATFA non publié du 19 août 2005 en la cause K 78/05).

E. 7

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être

A/4668/2009 - 12/16 - raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5).

E. 8

Par ailleurs, 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 126 V 360 consid. 5b). 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. 9

En l'espèce, il n'est pas contesté que le traitement des schwannomes est pratiqué en Suisse, ce que le Pr M _____ a d'ailleurs expressément admis (cf. courriers à HELSANA du 22 janvier 2009 et au Dr L _____ du 4 décembre 2008). Celui-ci a toutefois fait valoir que le Gamma Knife utilisé à la Clinique Hirslanden à Zürich n'était pas un modèle de dernière génération, si bien que les résultats cliniques et les risques secondaires qu'on pouvait en attendre « ne pouvaient être comparés aux attentes des données actuelles de la littérature avec les techniques de la radiochirurgie par Gamma Knife moderne ». Il a également soutenu que les sources de cobalts n'avaient pas été remplacées depuis plus de 10 ans, alors que la demi-vie du cobalt était légèrement supérieure à 5 ans.

E. 10

A ce dernier propos, le Dr Q _____ a expliqué que lesdites sources avaient été remplacées la dernière fois en 2001 (courrier du 2 mars 2009), soit 8 ans auparavant. Certes, cette durée est supérieure à la demi-vie du cobalt avancée par le Dr M _____. Contrairement à ce que dernier laisse ainsi entendre, il est toutefois très douteux que cette situation puisse, pour autant, constituer, en tant que telle, un réel danger pour les patients en général et pour l'assuré en particulier, sauf à engager la responsabilité éventuelle des médecins concernés. En tout cas, le demandeur n'a apporté aucune preuve dans ce sens et le dossier de la cause ne permet pas au Tribunal de tirer une telle conclusion. D'ailleurs, selon le Dr Q _____, les résultats cliniques obtenus avec la technologie Gamma Knife actuellement utilisée la à la Clinique Hirslanden sont, en comparaison internationale, tout aussi bons et similaires à ceux obtenus avec la version robotisée. En particulier, dans les résultats à long terme, la clinique enregistrait moins de 1%

A/4668/2009 - 13/16 - de parésies faciales et une préservation de l'audition de l'ordre de 78%. Les incréments de réglages de la version robotisée étaient par ailleurs de 0,5, tout comme sur la version manuelle du Gamma Knife. Or, le recourant n'a pas contesté ces explications, si bien que le Tribunal n'a pas de raison de les remettre en cause. Pour le surplus, on ne saurait considérer que le bénéfice thérapeutique du traitement prodigué à Marseille [soit en particulier un gain de 1% en matière de parésies faciales ou de 3% en terme d'audition à long terme (cf. partie « en fait », § 4, 9 et 16)] représente un gain important au sens de la jurisprudence précitée (cf. ci-dessus, § 6.2) (comp. ATF 131 V 271, consid. 3.3, dans lequel une réduction de 5% des risques de récurrence avec un traitement de radiothérapie intraopératoire n'a pas été jugée suffisante pour engager l'assurance-maladie obligatoire). Au notera, au passage, que, concernant la conservation de l'audition à long terme, le taux de 75% allégué par le Dr M _____, respectivement de 77,8% à 3 ans pour les patients initialement en grade I (selon l'étude citée dans son courrier du 4 décembre 2008), correspond pratiquement à celui avancé par le Dr Q _____ (courrier du 2 mars 2009, soit environ 78%). De toute façon, le recourant n'allègue pas - et a fortiori ne démontre pas - en l'occurrence qu'un traitement par un appareil Gamma Knife classique présenterait effectivement des risques importants et notablement plus élevés qu'un traitement utilisant un appareil Gamma Knife robotisé. En effet, à l'appui de son recours, celui-ci a uniquement fait valoir qu'en se faisant opérer à l'Hôpital de la Timone à Marseille avec un appareil Gama Knife de nouvelle génération, il avait « la plus grande chance de

recupérer ses facultés avec le minimum de conséquences opératoires sur sa santé » (recours, p. 2, in fine). Surtout, dans son courrier au Dr L_____ du 4 décembre 2008, le Pr M_____ a lui-même admis que l'ensemble des techniques radio-chirurgicales actuellement disponibles permettaient de traiter les schwannomes vestibulaires avec « des résultats acceptables ». Enfin, et tout état, il aurait toujours été loisible à l'assuré de suivre un traitement alternatif utilisant la technologie Linac, tel que celui pratiqué à l'Hôpital universitaire de Zürich. C'est le lieu de rappeler que seules de graves carences dans l'offre de soins en Suisse peuvent justifier de déroger au principe de territorialité (ATF 134 V 330, consid. 2.2). En l'espèce, s'agissant d'un traitement couramment pratiqué et correspondant aux protocoles largement reconnus, l'offre thérapeutique en Suisse doit donc être considérée comme appropriée, même si elle n'est pas la meilleure ou à l'avant-garde (ibid. consid. 4.1 in fine). Par surabondance, on relèvera que le refus de prise en charge litigieux s'inscrit dans le contexte jurisprudentiel actuel.

A/4668/2009 - 14/16 - Ainsi, dans un arrêt K 78/05 du 19 août 2005, le Tribunal fédéral a confirmé le refus d'une prise en charge d'un traitement à l'étranger d'une tumeur par radiothérapie intra-opératoire, au motif que bien que cette méthode diminuât dans certaines circonstances le risque local de récurrence et qu'elle n'ait pas été introduite aux H.U.G. essentiellement pour des raisons logistiques et financières, l'on ne pouvait admettre que le traitement en Suisse - dont le caractère approprié n'était pas discutable - comportaient des risques notablement plus élevés que le traitement litigieux. Ainsi, le fait que la radiothérapie intra-opératoire fut un élément positif supplémentaire dans le traitement considéré dans son ensemble n'a pas été jugé suffisant au regard de la jurisprudence pour justifier sa prise en charge par l'assurance obligatoire de soins. De même, dans le cas d'une opération de décompression de l'orbite effectuée en Allemagne, le Tribunal fédéral a jugé que même si l'intervention en cause était moins invasive comparée aux méthodes opératoires en Suisse, et donnait par ailleurs lieu à moins de complications ultérieures, celle-ci ne pouvait toutefois pas être prise en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire, malgré les indiscutables et importants avantages pour le patient (arrêt K 39/01 du 14 octobre 2002). La Haute Cour est également parvenue à une solution similaire s'agissant d'une opération effectuées en Italie sur une patiente atteinte d'un carcinome du sein, et cela quand bien même ladite intervention, non effectuée en Suisse, permettait d'éviter de nombreuses séances de radiothérapie postopératoires durant six semaines, supprimait le risque de brûlures et réduisait notablement les altérations de la structure cutanée, en plus de garantir un certain confort et un gain de temps (arrêt K 1/06 du 26 février 2007) (voir aussi ATF 134 V 330 précité).

E. 11

Enfin, force est de constater que l'intervention subie à Marseille ne pouvait être considérée comme découlant d'une urgence en l'occurrence, dès l'instant où un déplacement volontaire à l'étranger exclut, précisément, le caractère d'urgence d'une prestation médicale. Au demeurant, il ressort des courriers du Dr M_____ des 4 et 13 décembre 2008 que le patient avait souhaité « être soigné dans les plus brefs délais » par le Pr N_____, lequel avait « d'ores et déjà accepté de prendre le patient à sa charge », et ce avant même d'avoir reçu la réponse négative d'HELSANA du 8 janvier 2009. Enfin, contrairement à ce qu'affirme le recourant (réplique, p. 6), il ne ressort aucunement du courrier précité du Dr M_____ du 13 décembre 2008 que son affection a continué à évoluer entre la demande initiale de prise en charge du 5 décembre 2008 et le refus

d'HELSANA du 8 janvier 2009 (confirmé le 13 février suivant), lequel ne saurait par ailleurs être considéré comme tardif en l'occurrence.

E. 12

Pour le surplus, le recourant ne saurait se prévaloir du droit européen, et en particulier de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et

A/4668/2009 - 15/16 - la Communauté européenne et ses Etats membres d'autre part (ALCP), les conditions mises à l'octroi des prestations litigieuses par l'art. 22 du règlement no 1408/71 (RS 0.831.109.268.1) – intitulé « Nécessité de se rendre dans un autre Etat membre pour recevoir des soins appropriés » -, applicable en vertu de l'Accord, n'étant manifestement pas remplies (comp. arrêt K 1/06, du 26 février 2007, consid. 7).

E. 13

Les faits étant ainsi établis à satisfaction de droit, la mise en oeuvre d'une expertise, demandée par le recourant, ne s'avère pas nécessaire (appréciation anticipée des preuves : ATF du 12 mai 2004, K 134/03, consid. 4.3 ; ATF 124 V 94 consid. 4b).

E. 14

Il découle de ce qui précède que le recours ne peut qu'être rejeté.

E. 15

Il devrait également l'être sous l'angle de la LCA, pris comme une éventuelle demande en paiement dirigée contre l'assurance. En effet, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA (art. 12 al. 3 LAMal ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b) et au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (ATFA non publié du 6 mars 2001 en la cause 5C 263/2000). Or, en l'occurrence, les conditions supplémentaires d'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL BONUS prévoient la couverture des frais d'hospitalisation à l'étranger uniquement pour les soins aigus ou dans une clinique psychiatrique, lorsque l'assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé. Sauf accord préalable de l'assureur (refusé in casu, les traitements volontaires à l'étranger ne sont donc pas pris en charge (art. 9 CSA).

E. 16

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

A/4668/2009 - 16/16 -

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