

GE_GERICHTE ATAS/911/2018 vom 10. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_911_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/911/2018 du 10 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/911/2018 del 10 ottobre 2018

Erwägungen

E. 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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si les frais de la cruroplastie effectuée à Argonay (France) et de l'hospitalisation qui s'en est suivie doivent être pris en charge par l'assurance-maladie de la recourante au titre de l'assurance obligatoire des soins.

E. 5

a. L'art. 24 LAMal prévoit que 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. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Les prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). D'après l'art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'art. 34 LAMal prévoit qu'au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (al. 1), et que 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 (concernant la maternité) fournies à l'étranger pour des raisons

A/1276/2018 - 8/14 - médicales et peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger (al. 2 phr. 1 et 3). À son art. 36, fondé sur cet art. 34 al. 2 LAMal, l'ordonnance sur l'assurance- maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) précise cette

notion de « raisons médicales » en citant d'une part les cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir et d'autre part les cas d'urgence. b. L'art. 36 al. 1 OAMal prévoit que les prestations prévues aux art. 25 al. 2 (et 29), 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 ». Le département fédéral de l'intérieur est chargé de désigner ces prestations après avoir consulté la commission compétente (art. 36 al. 1 in initio OAMal). Suivant sur ce point les recommandations de la Commission fédérale des prestations générales, il s'est abstenu de le faire, car cette opération n'était pas réalisable en pratique. Il a été jugé que le non-établissement de cette liste ne fait pas obstacle à la prise en charge de traitements à l'étranger qui ne peuvent être fournis en Suisse ; la règle légale est suffisamment précise pour être appliquée, en s'assurant d'une part que les prestations considérées répondant aux critères d'adéquation ne puissent réellement pas être fournies en Suisse et d'autre part que les critères d'efficacité et d'économicité soient également pris en compte (ATF 131 V 271 consid. 3.1 ; 128 V 75 consid. 4). 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. Soit il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse; soit 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 2003 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 lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 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 les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore 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 253 p. 231 consid. 2).

A/1276/2018 - 9/14 - Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (cf. LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, 2004, p. 262 ; dans le même sens EUGSTER, op. cit., ch. 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. À 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. À terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentiel 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 : arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes [CJCE] du 13 mai 2003, MÜLLER-FAURE et VAN RIET, rec. I p. 4509, points 72 ss. et du 12 juillet 2001, SMITS et PEERBOOMS, rec. I p. 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 (voir ATF 126 V 332 consid. 1b). 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). 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). c. Quant aux traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger, l'art. 36 al. 2 OAMal précise qu'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, et qu'il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins suppose que 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. arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié du 14 octobre 2002, K 128/01, consid. 4.1). Et 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

A/1276/2018 - 10/14 - 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

En l'espèce, il est admis par la recourante que la cruroplastie constitue un traitement qui est proposé en Suisse. Elle a d'ailleurs approché les HUG pour en connaître les modalités. L'intervention litigieuse n'a pas non plus été réalisée en France en raison d'une urgence particulière. Les conditions de la prise en charge de la cruroplastie en France ne sont donc pas données, ce que la recourante ne conteste du reste pas. En réalité, cette dernière reproche à l'intimée d'avoir violé les principes de la protection de la bonne foi et de l'interdiction de l'arbitraire en refusant cette intervention en 2012, ce qui l'aurait contrainte à se rendre en France, alors qu'elle aurait accepté cette intervention en 2016.

E. 7

a. Aux termes de l'art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101), les organes de l'État et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 136 I 254 consid. 5.3 p. 261 et les arrêts cités). De ce principe général découle notamment le droit fondamental du particulier à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'État, consacré à l'art. 9 in fine Cst. (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 p. 53 et les arrêts cités). Valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège la confiance légitime que le citoyen a placée dans les assurances reçues de l'autorité ou dans tout autre comportement adopté par celle-ci et suscitant une expectative déterminée (ATF 126 II 377 consid. 3a p. 387; 122 II 113

consid. 3b/cc p. 123; cf. aussi ATF 128 II 112 consid. 10b/aa p. 125). b. Ainsi, l'art. 9 Cst. confère d'abord au citoyen le droit d'exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux assurances (promesses, renseignements, communications, recommandations ou autres déclarations) reçues, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies (ATF 121 II 473 consid. 2c; 118 Ia 245 consid. 4b et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 2A.466/2002 du 6 février 2003, consid. 5.1) : ■ l'autorité doit avoir fait une promesse effective, ce par quoi il faut entendre qu'elle est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ; ■ l'autorité a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence; ■ l'administré a eu de sérieuses raisons de croire à la validité de l'acte suivant lequel il a réglé sa conduite; ■ l'administré s'est fondé sur l'acte en question pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice; ■ la loi n'a pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée.

A/1276/2018 - 11/14 - En l'absence de toute assurance concrète, aucun droit ne saurait être revendiqué au titre du principe de la protection de la bonne foi (ATF 133 II 153 ; ATF 133 V 279 ; ATF 129 I 113). Par ailleurs, une autorité ne peut valablement promettre le fait d'une autre autorité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 7/04 du 27 janvier 2005 consid. 3.1).

E. 8

En l'espèce, la recourante reproche à l'intimée d'avoir adopté un comportement contradictoire, en refusant, en 2012, la cruroplastie au motif que l'excès cutané n'avait pas valeur de maladie, pour accepter, rétroactivement, la qualification de maladie mais refuser l'opération pour un motif tout autre. Force est tout d'abord de constater que le refus de prise en charge du 23 mars 2012 n'émanait pas de CSS mais d'Intras. Quand bien même ces deux assurances font partie du même groupe de sociétés, le Groupe CSS, il s'agit de deux sociétés anonymes, qui disposent d'une personnalité juridique propre et qui doivent être considérées comme deux entités autonomes. En d'autres termes, ce sont deux assurances différentes qui ont adopté une approche différente. Par ailleurs, il s'agissait de deux situations différentes. En effet, de manière purement objective, force est de constater que la recourante a pris du poids (près de 10 kg) entre 2012 et 2016 et qu'elle a mené à terme deux grossesses, ce qui semble avoir eu des répercussions sur l'apparence des cuisses, comme cela ressort de l'appréciation du Dr B_____. Cela étant précisé, la chambre de céans rappelle également que pour pouvoir invoquer le bénéfice du principe de la protection de la bonne foi, l'intimée doit avoir donné des assurances ou fait une promesse concrète. Dans le cas d'espèce, cela signifie que l'intimée devrait avoir assuré à la recourante prendre en charge la cruroplastie même si celle-ci était effectuée en France. Or, force est de constater qu'une telle assurance n'a jamais été donnée à la recourante. Les seuls renseignements donnés par l'intimée concernaient la procédure à suivre, étant précisé que les parties s'opposent sur la teneur exacte des propos tenus. En effet, selon la recourante, l'intimée lui aurait indiqué, lors d'un entretien téléphonique, que la cruroplastie serait potentiellement prise en charge à la condition que la quantité de peau à enlever lui soit indiquée. Quant à l'intimée, elle se fonde sur une note téléphonique relative à un appel du 28 juillet 2016, dont la teneur est la suivante « cruroplastie suite bypass – se ferait en France clinique Argonnay par ancien chirurgien de l'hôpital cantonal. Réponse CO CSS : faire demande de prise en charge avec RM détaillé ». Que la correspondante de l'intimée ait effectivement évoqué la quantité de peau à enlever ou non est irrelevant. En effet, quel que soit le cas, l'intimée n'a donné aucune assurance quant à la prise en charge de l'intervention pratiquée en France

mais a invité la recourante à lui adresser une demande, certificat médical détaillé à l'appui. Quant aux autres renseignements, ils n'émanaient pas de l'intimée. Le refus contesté a été signifié, en 2012, par Intrax. Les considérations relatives aux chances de prise en charge de la cruroplastie par les HUG et à la perte de poids ont été émises par les médecins des HUG comme l'a

A/1276/2018 - 12/14 - précisé la recourante elle-même dans son mémoire de recours daté du 19 avril 2018. Leurs propos ne peuvent dès lors pas être attribués à l'intimée. En résumé, l'intimée n'a donné à la recourante aucune assurance concrète concernant la prise en charge de la cruroplastie pratiquée en France, de sorte que le principe de la protection de la bonne foi ne trouve à l'évidence pas application.

E. 9

La recourante invoque également une violation du principe de l'interdiction de l'arbitraire. À teneur de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a le droit d'être traitée par les organes de l'État sans arbitraire et conformément aux règles de la bonne foi. Une décision est arbitraire, au sens de l'art. 9 Cst., lorsqu'elle est manifestement insoutenable, méconnaît gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité; il ne suffit pas qu'une autre solution paraisse concevable, voire préférable; pour que cette décision soit annulée, encore faut-il qu'elle se révèle arbitraire non seulement dans ses motifs, mais aussi dans son résultat, ce qu'il appartient à la partie recourante de démontrer (ATF 134 I 263 consid. 3.1).

E. 10

En l'espèce, la recourante considère que la décision sur opposition querellée est arbitraire dès lors que c'est justement suite aux différents refus de prise en charge qu'elle a décidé de subir une cruroplastie, en France. Elle allègue s'être fiée aux renseignements reçus en 2015 et 2016 (vraisemblable refus de la cruroplastie par les HUG vu le premier refus de l'assurance ; perte de poids de 10 kg ; indication de la peau à enlever) pour prendre cette décision. Force est tout d'abord de constater qu'avant de se soumettre à l'intervention litigieuse, la recourante n'a, à aucun moment, formellement sollicité de l'intimée la prise en charge d'une cruroplastie et encore moins d'une telle intervention pratiquée en France, étant rappelé que la demande de 2012 avait été adressée à Intrax, que depuis lors quatre années s'étaient écoulées et que la recourante avait pris 10 kg et mené deux grossesses à terme. Aucun refus antérieur aux décisions contestées n'émane de l'intimée, les deux premiers renseignements (refus de prise en charge par les HUG et perte de poids) ayant été signifiés par les médecins des HUG et non pas par l'assureur-maladie. Quant au troisième renseignement, il évoque au contraire une possible prise en charge. Cela étant et dans tous les cas, l'art. 36 OAMal est clair : un traitement à l'étranger doit être pris en charge par l'assureur-maladie lorsque l'urgence le commande ou lorsqu'il n'y pas de traitement équivalent en Suisse. Aucune de ces deux conditions n'est remplie, ce que la recourante ne conteste pas. On ne voit ainsi pas en quoi le refus de prester de l'intimée serait arbitraire, dès lors que cette dernière n'a fait qu'appliquer la disposition précitée et la jurisprudence fédérale y relative. La recourante a décidé de se soumettre à une cruroplastie pratiquée en France avant même d'avoir fait la demande de prise en charge auprès de son assurance. Il lui

A/1276/2018 - 13/14 - appartient donc de supporter les conséquences d'un refus dû à un traitement effectué, sans raison, à l'étranger. Au demeurant, la recourante n'écartait pas toute possibilité de prise en charge, dès lors qu'elle s'était renseignée, oralement le 28 juillet 2016, que son médecin traitant avait formellement formulé une demande dans ce sens le 29 août 2016 et qu'elle avait, elle-même, fourni les pièces manquantes mi-octobre 2016.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1276/2018 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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