

GE_GERICHTE ATAS/991/2011 vom 24. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_991_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/991/2011 du 24 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/991/2011 del 24 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès 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

Est litigieuse la question de savoir si les frais d'hospitalisations de la recourante de septembre 2010 en Roumanie doivent être pris en charge par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins. a) 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. 1er). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins

A/774/2011 - 5/8 - dispensés en milieu hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut notamment décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), à teneur duquel 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. De jurisprudence constante, par « raisons médicales » au sens de l'art. 34 al. 2 LAMal, il convient d'entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas, en Suisse, d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b). Ce qui est donc déterminant dans le premier cas, c'est que l'assuré ait subitement besoin, et de manière imprévue, d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (ATF np K 65/03 du 5 août 2003, consid. 2.2). b) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF

130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Il n'existe donc pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATF np I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee).

A/774/2011 - 6/8 - c) En principe, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence est accordée à celle que l'assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). d) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une hernie ombilicale depuis, à tout le moins, début 2009. Dans son premier courrier à l'assurance, le 29 septembre 2010, la recourante a clairement indiqué qu'elle avait consulté un chirurgien lors de son séjour de juin 2010 en Roumanie et pris rendez-vous avec celui-ci pour que l'intervention puisse avoir lieu en septembre 2010. Ce courrier ne fait pas état d'une quelconque urgence qui serait survenue en septembre 2010 et aurait nécessité d'avancer l'intervention prévue. Ce n'est qu'après le refus de l'assurance de prester au motif qu'il ne s'est pas agi d'une intervention rendue nécessaire par des raisons médicales que la recourante s'est prévaluée d'une telle urgence. Elle a en particulier allégué que le risque d'occlusion intestinale était devenu tel que l'opération ne pouvait être retardée. Au vu des premières indications fournies par l'assurée et son changement de la version des faits après avoir pris connaissance des conditions auxquelles des frais hospitaliers encourus à l'étranger sont remboursés en Suisse, il paraît hautement vraisemblable que l'intervention du 8 septembre 2010 était prévue depuis juin 2010. L'assurée soutient que l'intervention était devenue urgente en septembre 2010, mais n'explique pas quelle date, initialement prévue pour l'opération, aurait été avancée. Par ailleurs, si la recourante avait effectivement dû être opérée d'urgence, elle n'aurait pas manqué de le signaler dans sa première correspondance. En effet, une hospitalisation d'urgence est, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un événement marquant pour la personne qui la subit. Il n'est pas vraisemblable qu'un tel événement - qui plus est récent au moment où la recourante a adressé son premier courrier à l'assurance - soit présenté comme une intervention prévue de longue date. Le rapport médical de sortie, daté du 10 septembre 2010 et transmis par l'assurée à l'intimée avec sa première correspondance, ne mentionne pas que l'intervention se serait faite en urgence. Il indique que celle-ci a eu lieu en raison d'une éventration ombilicale. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'un "rapport" du Dr L_____ évoque l'existence d'une éventration ombilicale incarcerated. Ce rapport n'est pas daté. Selon le médecin-conseil de l'intimée, qui a relevé cette divergence, les éléments médicaux et les écrits de l'assurée l'amènent à la conclusion que l'intervention du 8 septembre 2010 n'a pas été rendue nécessaire par une urgence médicale, mais a été planifiée. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, la divergence entre l'avis du Dr L_____ et celui du médecin-conseil ne permet pas de retenir l'avis du premier pour prépondérant. D'une part, ledit

rapport du Dr L_____ n'est pas signé. D'autre part, la surfacturation crasse relevée par le Commandant de l'Hôpital militaire affaiblit encore la force

A/774/2011 - 7/8 - probante de l'attestation non datée du Dr L_____. Enfin, le diagnostic du Dr L_____ n'est pas partagé par la personne ayant établi le rapport de sortie. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'avis du médecin-conseil de l'assurance. En conclusion, l'assurance a refusé à juste titre de prester, compte tenu du fait que l'intervention du 8 septembre 2010 ne revêtait pas d'urgence au sens de l'art. 34 al. 2 LAMal. e) La Cour relève que, bien que la recourante ne se soit pas prévalu de son contrat d'assurance complémentaire, l'issue du litige ne serait pas différente si celui-ci était appliqué. En effet, ce contrat subordonne également la couverture d'assurance en cas d'hospitalisation à la condition de l'urgence, qui en l'espèce n'est pas remplie.

E. 3

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais.

A/774/2011 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES
: Statuant A la forme :

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