

## GE\_GERICHTE A/1113/2014 vom 17. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1113\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1113_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1113/2014 du 17 septembre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/1113/2014 del 17 settembre 2014

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.09.2014  
A/1113/2014

A/1113/2014 ATAS/1013/2014 du 17.09.2014 ( LAMAL ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1113/2014  
ATAS/1013/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17  
septembre 2014 5ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE  
Recourant et demandeur contre SWICA ASSURANCE MALADIE SA, sise Römerstrasse  
38, WINTERTHUR Intimée et défenderesse EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ est assuré  
auprès de la Swica assurance maladie SA (ci-après: l'assurance-maladie) depuis le 1 er  
janvier 2011 pour l'assurance de base obligatoire, ainsi que des assurances  
complémentaires, notamment l'assurance COMPLETA PRAEVENTA couvrant des  
prestations d'assurance pour les checkups médicaux, les vaccinations et les mesures de  
préventions selon une liste distincte. 2. Le 26 juin 2013, le Docteur  
B\_\_\_\_\_, gastro-entérologue-hépatologue FMH, a pratiqué sur l'intéressé une coloscopie  
avec une endoscopie de l'iléon terminal et une endoscopie gastro-intestinale haute. Lors de  
l'endoscopie gastro-intestinale, une biopsie à la pince a été effectuée et le matériel réséqué  
analysé par un laboratoire. 3. Ces interventions ont été facturées par ce  
médecin le 6 septembre 2013 au montant de CHF 1'334.25. Sur la facture est indiqué, sous  
motif de traitement, « maladie ». 4. Le 25 octobre 2013,  
l'assurance-maladie a informé l'assuré que les factures du Dr C\_\_\_\_\_ et de la Dresse  
D\_\_\_\_\_ lui seront remboursées en tant que checkups dans le cadre de l'assurance  
complémentaire COMPLETA PRAEVENTA. Par contre, la facture du Dr B\_\_\_\_\_, ainsi  
que celle du laboratoire relevaient de l'assurance de base obligatoire, dès lors qu'il ne  
s'agissait pas d'un simple examen préventif de routine, mais d'un contrôle effectué à titre  
de diagnostic, étant donné qu'il comprenait une biopsie et qu'il avait donné lieu à la  
prescription de médicaments. Elle a précisé à cet égard que l'assurance COMPLETA  
PRAEVENTA ne se substituait pas à l'assurance de base obligatoire et intervenait  
uniquement dans la prise en charge de frais non couverts par celle-ci. 5.  
Selon le décompte de prestations du 30 octobre 2013, la facture du Dr B\_\_\_\_\_ était  
totalement à la charge de l'assuré, compte tenu d'une franchise annuelle de CHF  
2'500.-. 6. Par courrier du 29 octobre 2013, l'assuré a expliqué à  
l'assurance-maladie avoir entrepris, dès le début de l'année 2013, un bilan médical de  
quinquagénaire et avoir consulté dans ce but son médecin de famille, le Dr C\_\_\_\_\_.  
Celui-ci lui avait conseillé de réaliser également un examen cutané de grains de beauté par  
un dermatologue en vue du dépistage d'éventuels mélanomes, ainsi qu'une coloscopie, afin  
de dépister une éventuelle lésion colique dégénérative, tel que cela était conseillé par  
l'office fédéral de la santé publique (OFSP) tous les dix ans pour les personnes âgées entre  
50 et 69 ans. Ces examens faisaient partie d'une démarche préventive, l'assuré n'ayant pas

d'antécédents médicaux et ne présentant pas de symptômes particuliers justifiant ces examens. La réalisation de la biopsie et la prescription d'un médicament découlant de cet examen n'entraient pas en ligne de compte dans la démarche initiale du bilan de santé, mais découlaient logiquement de la réalisation de l'examen. L'assuré a ainsi demandé à l'assurance-maladie de prendre en charge l'examen de dépistage conseillé par l'OFSP, dans le cadre de l'assurance COMPLETA PRAEVENTA.![endif]>![if> 7. Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2013, l'assurance-maladie a refusé le remboursement de la facture litigieuse dans le cadre de l'assurance complémentaire, en relevant que le dépistage du cancer du côlon était une prestation obligatoire de l'assurance maladie de base tous les dix ans pour les personnes âgées entre 50 et 69 ans. Par ailleurs, lorsqu'un examen préventif permettait de détecter une anomalie nécessitant des investigations complémentaires, cet examen était considéré comme une mesure diagnostique à la charge de l'assurance de base obligatoire.![endif]>![if> 8. Par courrier du 30 décembre 2013, l'assuré a fait valoir que l'examen de coloscopie n'était à la charge de l'assurance obligatoire des soins que dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. L'examen litigieux s'étant déroulé le 26 juin 2013, il ne devait pas être remboursé par cette assurance, mais par l'assurance COMPLETA PRAEVENTA. Par ailleurs, les biopsies réalisées étaient liées à l'endoscopie gastro-intestinale haute et non pas à la coloscopie ni à l'endoscopie de l'iléon terminal. L'assuré a dès lors demandé le remboursement de la coloscopie par l'assurance complémentaire et a sollicité une décision formelle.![endif]>![if> 9. Par décision du 23 janvier 2014, l'assurance-maladie a constaté que la coloscopie du 26 juin 2013, ainsi que les analyses en découlant étaient des mesures diagnostiques devant être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, en reprenant pour l'essentiel sa précédente argumentation.![endif]>![if> 10. Par courrier du 23 février 2014, l'assuré a formé opposition à cette décision, en reprenant également sa précédente argumentation.![endif]>![if> 11. Par décision du 21 mars 2014, l'assurance-maladie a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle n'a pas contesté que l'examen de coloscopie ne figurait pas dans la loi en tant que mesure préventive à la charge de l'assurance obligatoire des soins à la date où il a été pratiqué. Néanmoins, il s'agissait d'une mesure diagnostique, dès lors qu'une biopsie à la pince lors de l'endoscopie gastro-intestinale avait été effectuée. Il n'y avait en effet pas lieu de décompter séparément les trois examens, dans la mesure où ils avaient été réalisés lors d'une seule et même consultation et avaient fait l'objet d'une seule et unique facture. Il s'agissait dès lors d'un ensemble d'examens indissociables.![endif]>![if> 12. Par acte posté le 15 avril 2014, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, en faisant valoir, outre ses précédents arguments, qu'aucune biopsie n'avait été réalisée ni aucune anomalie détectée lors de la coloscopie, de sorte que celle-ci constituait un examen préventif à la charge de l'assurance COMPLETA PRAEVENTA. Il ne voyait d'ailleurs pas pourquoi il n'était pas possible de décompter séparément les trois examens en cause. Au contraire, tant pour des raisons d'organisation pratique que des raisons d'économie, il était préférable à l'évidence de regrouper tous les examens médicaux possibles. De surcroît, l'assurance-maladie ne l'avait jamais informé de l'obligation de faire des factures séparées pour des examens réalisés le même jour par le même praticien. A d'autres occasions, la prise en charge de factures globales n'avait posé aucun problème. Enfin, la facture du Dr B\_\_\_\_\_ était détaillée. L'assuré ne demandait cependant pas la prise en charge de l'examen d'endoscopie gastro-intestinale, ni des analyses de laboratoire des biopsies ni les suites thérapeutiques de cet examen par l'assurance COMPLETA PRAEVENTA.![endif]>![if> 13. Dans sa réponse du 13 mai 2014, l'assurance-maladie a

conclu au rejet du recours, dans la mesure où il était recevable. En plus des motifs déjà évoqués, elle a allégué que l'assuré ne semblait nullement avoir profité de l'examen endoscopique pour subir d'autres examens. Il était plus vraisemblable que le Dr C\_\_\_\_\_ lui eût conseillé de faire trois examens, soit deux examens endoscopiques (côlon et gastro-intestinale) et un examen dermatologique. Il n'y avait pas lieu de décompter séparément les deux examens endoscopiques, dès lors qu'ils avaient été réalisés en une seule et même consultation et fait l'objet d'une seule et unique facture, sur laquelle figurait à titre de motif de traitement « maladie ». Ces examens devaient être considérés comme un ensemble d'examens indissociables. Dans la mesure où une biopsie avait été nécessaire pour l'un de ces examens, les trois examens relevaient de l'assurance obligatoire des soins.!

14. Par écriture du 1<sup>er</sup> juin 2014, l'assuré a répété avoir profité de l'endoscopie gastro-intestinale haute pour subir également une coloscopie. A l'appui de ses dires, il a produit le certificat médical du 20 mai 2014 du Dr C\_\_\_\_\_ et le courrier que lui avait adressé le Dr B\_\_\_\_\_ le 24 mai 2014.!

15. Selon le certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 20 mai 2014, celui-ci avait proposé à l'assuré de faire un examen de dermatologie et une coloscopie à titre préventif. Il lui avait en outre fortement conseillé une gastroscopie en raison de troubles digestifs récurrents, à visée diagnostique. Par souci de commodité et pour ne faire qu'une seule sédation, les deux examens chez le gastro-entérologue avaient été groupés.!

16. Dans un courrier du 24 mai 2014 à l'assuré, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait des symptômes indiquant une gastroscopie et avait l'âge justifiant une coloscopie de dépistage. Ces deux examens avaient été effectués en une seule séance, afin d'éviter les désagréments de deux anesthésies. Cela était préférable dans une logique médicale (avantages en termes de confort et de sécurité du patient) et dans une logique économique (diminution des coûts lors des examens groupés). Rien ne s'opposait à ce qu'un examen de dépistage et un examen diagnostique fussent effectués durant la même séance. Il n'en demeurait pas moins qu'il s'agissait d'une coloscopie de dépistage en l'occurrence. !

17. Par écriture du 13 juin 2014, l'assurance-maladie a fait valoir qu'on ne voyait pas pourquoi la coloscopie pratiquée à la même date que la gastroscopie n'aurait pas eu aussi une visée diagnostique et non seulement préventive, s'agissant de troubles digestifs. Les indications pour une coloscopie étaient notamment la recherche de causes abdominales inexplicables et la recherche d'une diarrhée chronique. La coloscopie permettait en effet de faire le point sur l'origine de douleurs ou de ballonnements. Partant, l'assurance-maladie a persisté dans ses conclusions.!

18. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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).!

b. En vertu de l'art. 7 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît également en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1). c. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, qu'il s'agisse de l'assurance obligatoire des soins

ou de l'assurance complémentaire à celle-ci. 2. Les prescriptions légales régissant la forme et le délai du recours sont respectées (art. 56 ss LPGA), de sorte qu'il est recevable. 3. a. Il convient d'interpréter le recours également comme une demande dirigée contre l'assurance-maladie complémentaire, dans la mesure où le recourant réclame implicitement à cette assurance la prise en charge de la coloscopie avec l'endoscopie de l'ilion terminal. Cela s'impose également pour une raison d'économie de procédure et compte tenu de l'interdiction d'un formalisme excessif. En effet, le recourant, qui n'est vraisemblablement pas juriste et n'est pas assisté par un mandataire professionnel, ignorait que les assurances-maladie complémentaires sont régies par le droit privé, de sorte qu'elles ne sont pas tenues de rendre des décisions formelles au sujet du droit aux prestations et qu'il appartient à l'assuré de faire valoir leurs droits directement par une demande judiciaire. b. Il est à relever à cet égard, que les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance obligatoire des soins ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). c. Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc également recevable. 4. Est litigieuse la question de savoir si la coloscopie et l'endoscopie de l'ilion terminal effectuées le 26 juin 2013 constituent des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou de l'assurance COMPLETA PREVAENTA. 5. a. 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 (art. 25 al. 2 LAMal). L'assurance obligatoire des soins prend également en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies, ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés, à condition que ces examens ou mesures préventives soient effectués ou prescrits par un médecin (art. 26 LAMal). b. Conformément à l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral a désigné, dans l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS, RS832.112.31), les mesures de prévention à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Selon cette ordonnance, dans sa teneur valable jusqu'au 30 juin 2013, l'examen de coloscopie à visée préventive n'est pas à la charge de cette assurance. 6. En l'occurrence, l'assurance-maladie ne conteste plus que l'examen de coloscopie ne figurait pas dans l'OPAS en tant que mesure préventive à la charge de l'assurance obligatoire des soins à la date déterminante. Il n'est pas non plus contesté que la coloscopie n'a mis en évidence aucune anomalie. L'assurance-maladie estime toutefois qu'il s'agissait d'une mesure diagnostique, dès lors qu'une biopsie à la pince a été effectuée lors de l'endoscopie gastro-intestinale haute. Elle soutient que, selon toute vraisemblance, le Dr C \_\_\_\_\_ a dû conseiller au recourant de faire trois examens à visée diagnostique, s'agissant de troubles digestifs. A cet égard, l'intimée relève que la recherche de causes abdominales inexpliquées et d'une diarrhée chronique peuvent aussi constituer une indication pour une coloscopie. Toutefois, les suppositions de l'assurance-maladie sont clairement contredites par les Drs C \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, dont il n'y a pas lieu de mettre en doute les déclarations. Le premier a attesté le 20 mai 2014 avoir prescrit une coloscopie à

titre préventif. Seule la gastroscopie prescrite en même temps avait une visée diagnostique, en raison des troubles digestifs récurrents du recourant. Il a en outre précisé que les deux examens avaient été pratiqués en même temps pour des raisons de commodité. Le Dr B \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré avait des symptômes indiquant une gastroscopie et qu'il s'agissait d'une coloscopie de dépistage. Les deux médecins ont également expliqué les avantages de grouper ces deux examens. Rien n'établit par ailleurs qu'en cas de troubles digestifs, il est d'usage parmi les médecins de prescrire une coloscopie et une gastroscopie en même temps. Au contraire, une telle pratique ne serait pas justifiable, dès lors qu'elle violerait le principe de l'économicité des traitements. En effet, si la gastroscopie à elle seule permet de poser un diagnostic, une coloscopie à visée diagnostique s'avère superflue. Partant, c'est manifestement à tort que l'intimée a considéré que les trois examens avaient une visée diagnostique et que l'examen de la coloscopie avec endoscopie de l'iléon terminal était à la charge de l'assurance obligatoire des soins. 7. Cela étant, dans la mesure où l'assurance-maladie ne conteste pas devoir rembourser les examens litigieux dans le cadre de l'assurance complémentaire, au cas où ceux-ci ne seraient pas couverts par l'assurance obligatoire des soins, il y a lieu de constater que l'assuré a droit à cette prestation. 8. Cela étant, le recours et la demande seront admis, la décision annulée et l'assurance-maladie condamnée à rembourser à l'assuré l'examen de la coloscopie avec endoscopie de l'iléon terminal. 9. L'assuré n'étant pas représenté par un mandataire, il n'y a pas lieu de lui octroyer des dépens. 10. La procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours et la demande recevables. Au fond : 2. Les admet. 3. Annule la décision sur opposition du 21 mars 2014. 4. Condamne Swica Assurance-maladie SA à rembourser à M. A \_\_\_\_\_ les frais relatifs à la coloscopie et à l'endoscopie de l'iléon terminal effectuées le 26 juin 2013 par le Dr B \_\_\_\_\_. 5. Dit que la procédure est gratuite. 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le