

GE_GERICHTE A/2160/2010 vom 6. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2160_2010

FR: GE_GERICHTE A/2160/2010 du 6 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/2160/2010 del 6 dicembre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 06.12.2010
A/2160/2010

A/2160/2010 ATAS/1296/2010 du 06.12.2010 (LAMAL) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE
A/2160/2010 ATAS/1296/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 6 décembre 2010 En la cause Monsieur P_____, domicilié aux Avanchets, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant/demandeur contre MUTUEL ASSURANCES, rue du Nord 5, 1920 Martigny intimée/défenderesse EN FAIT M. P_____, (ci-après : l'assuré), né en 1960, marié depuis le 7 décembre 2007 à Mme Q_____ née en 1970, tous deux de nationalité colombienne, est assuré depuis 2009 en assurance obligatoire des soins (LAMAL) et en assurance maladie complémentaire (Global mi-privée, Mundo et legis) auprès de la Mutuel Assurances, membre du Groupe Mutuel association d'assureur (ci-après : l'assurance ou l'intimée). Le 10 janvier 2009, l'assuré s'est rendu en Colombie dans la Ville de Manzales. Le 22 janvier 2009, l'assuré a consulté le Dr A_____, chirurgien plastique, auprès de la clinique Santillana. Le 10 février 2009, l'Hôpital de la Tour a informé l'assuré qu'à la demande de son médecin, le Dr B_____, spécialiste FMH oto-rhino-laryngologie, une chambre lui était réservée le vendredi 13 mars 2009; Le 12 février 2009, l'assuré a été opéré à la clinique Santillana par les Drs A_____ et C_____. L'intervention a été double selon un rapport chirurgical des médecins précités du 12 février 2009, soit une septorhinoplastie et une herniorraphie motivée par les diagnostics de déviation de la cloison nasale et de hernie ombilicale sans obstruction ni gangrène. Le 17 juin 2009, l'assuré a écrit à l'assurance qu'il avait programmé avec son médecin, le Dr B_____, une opération chirurgicale après ses vacances en Colombie, que son état de santé s'était empiré en Colombie et que le chirurgien A_____ avait estimé qu'il fallait l'opérer en urgence, que souffrant de fibrillation auriculaire, il avait dû subir des examens cardiologiques avant l'intervention, que les médecins avaient constaté une hernie ombilicale qu'il convenait également d'opérer en urgence, que l'opération (pour le problème au nez et pour la hernie) avait eu lieu le 12 février 2009, qu'il avait aussi dû se faire enlever un kyste apparu à la joue droite, qu'il avait repris son travail à la mi-avril, à la date de son retour en Colombie, qu'il demandait en conséquence le remboursement des frais médicaux à la suite des soins prodigués en Colombie. Il a exposé qu'il avait versé un total de 12'682 fr. 15, dont 7'000 fr. pour le premier chirurgien et 2'400 fr. pour le second. Le 5 août 2009, à la demande de l'assurance, l'assuré a rempli un questionnaire pour traitement médical à l'étranger dans lequel il a mentionné un séjour en Colombie dans sa résidence secondaire de Manizales du 10 janvier au 9 avril 2009 en raison de vacances prévues pendant cinq semaines. Le séjour avait été prolongé en raison des opérations. Il y avait eu une hospitalisation de deux jours. Les factures médicales avaient été payées comptant. Il

avait reçu de l'agent d'une amie puis de son épouse, par l'intermédiaire de l'agence Ria Money Transfert et puisé dans ses comptes salaire et privé. Le 6 août 2009, l'assurance a informé l'assuré qu'elle avait mandaté son partenaire étranger pour vérifier les tarifs pratiqués par les fournisseurs de soins. Le 13 octobre 2009, l'assuré, représenté par l'Association Suisse des Assurés (ASSUAS), a requis de l'assurance une décision formelle relativement à la prise en charge des frais d'hospitalisation en Colombie. Le 27 octobre 2009, Elvia, société du groupe Mondial assistance, a rempli un rapport selon lequel le centre médical existait, le médecin facturait y exerçait régulièrement son activité, le diagnostic était celui de septorhinoplastie pour déviation de cloison nasale et herniorraphie ombilicale; il ne s'agissait pas du tout d'un traitement d'urgence, les factures n'étaient pas fausses mais les honoraires du Dr A_____ étaient exagérément élevés comparés à ceux pratiqués par deux chirurgiens colombiennes de prestige. Par décision du 6 novembre 2009, l'assurance a refusé de prendre en charge le montant de 25'495'305 COP, soit 12'137 fr. 25 au motif qu'il ne s'agissait pas d'un cas d'urgence à l'étranger et que la note du Dr A_____ était surfacturée. Par ailleurs, aucune prestation n'était due non plus sur la base du contrat d'assurances complémentaires. Le 13 novembre 2009, le Dr A_____ a rédigé un résumé du dossier médical en indiquant que l'assuré s'était présenté le 22 janvier 2009 en consultation en invoquant des gênes respiratoires devenant aiguës lors des changements climatiques et une obstruction nasale gênant le sommeil. A l'examen physique il avait trouvé un collapsus de la voûte nasale droite et une déviation septale sévère, séquelle probable d'une chirurgie antérieure. Une hernie ombilicale avait été trouvée de façon incidente et le chirurgien général avait considéré qu'elle devait être opérée. Il avait été considéré que le patient devait être opéré le plus rapidement possible en prenant en compte les gênes nasales et respiratoires aiguës pour les changements de température et de climat ainsi que la hernie ombilicale. Le 7 décembre 2009, l'assuré, représenté par ASSUAS, a fait opposition à cette décision en faisant valoir qu'il souffrait d'une rhinosinusite chronique sur déviation de la cloison nasale depuis le 13 mai 2008 ainsi que d'une arythmie cardiaque avec hypertension artérielle, qu'en vacances en Colombie il avait dû consulter le Dr A_____ le 22 janvier 2009 en raison de difficultés à respirer, que ce dernier avait également diagnostiqué un collapsus de la voûte et une hernie ombilicale, qu'il avait dû être opéré le 12 février 2009 à la Clinique Santillana, que le montant total des frais médicaux était de 12'682 fr. 15, qu'il s'agissait d'un cas d'urgence, qu'il n'était, enfin, pas responsable de la surfacturation. Le 18 mars 2010, le Dr D_____, médecin-conseil de l'assurance, a rendu un avis selon lequel l'assuré aurait pu rentrer en Suisse pour effectuer l'opération prévue le 13 mars 2009. Quant à l'opération de la hernie ombilicale elle n'était effectuée en urgence que dans les cas d'étranglement, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Par décision du 21 mai 2010, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré les interventions ne relevant pas de l'urgence et les frais de la septorhinoplastie étant surfacturés. Le 23 juin 2010, l'assuré, représenté par ASSUAS, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de l'assurance en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assurance au paiement de 12682 fr. 15 avec intérêts dès le 7 décembre 2009. Il fait valoir qu'il avait consulté en urgence le Dr A_____, souffrant de difficultés à respirer et d'une sensation de blocage, de thorax serré, d'étouffement et d'essoufflement. Un traitement aux antibiotiques lui avait été prescrit mais les symptômes s'étaient maintenus. Quant à la hernie ombilicale, le Dr C_____ avait estimé qu'il faillait l'opérer en raison d'un risque d'étranglement. Il lui était difficile d'envisager dans ces conditions un retour en avion de plus de vingt heures. La programmation d'une intervention

le 13 mars 2009 à Genève excluait qu'il ait prévu de se faire opérer en Colombie. Les frais d'hospitalisation en clinique privée étaient dus en application du contrat d'assurance maladie complémentaire. Le 22 juillet 2010, l'assurance a conclu au rejet du recours en relevant que la première consultation avait eu lieu en Colombie le 22 janvier 2010 alors que l'intervention n'avait été pratiquée que le 12 février 2009, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une urgence. Les prestations de l'assurance complémentaire n'étaient pas dues dès lors que celles de la LAMAL étaient refusées et qu'enfin les maladies pour lesquelles il avait été opéré à l'étranger existaient avant le voyage et ne relevaient ainsi pas de l'assurance complémentaire Mundo. Le 31 août 2010, le recourant a répliqué que le délai entre la consultation du 22 janvier 2009 et l'opération du 12 février 2009 était justifié par le fait qu'il avait d'abord dû suivre le traitement antibiotique prescrit par le Dr A_____ et effectuer des contrôles cardiaques par le Dr E_____, qu'enfin il n'était pas traité avant son voyage pour la hernie ombilicale. Le 4 octobre 2010, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a exposé qu'il avait programmé des vacances en Colombie du 10 janvier au 12 février 2009, qu'il avait à son arrivée souffert de la gorge, du front et du nez puis de fatigue à l'effort et de difficultés à respirer de sorte qu'il avait consulté le Dr A_____ le 20 janvier 2009, lequel lui avait prescrit des antibiotiques puis indiqué qu'il subissait une complication de la rhinite qui justifiait une opération en urgence car les antibiotiques n'avaient pas eu d'effet sur le blocage respiratoire, que le Dr A_____ était chirurgien plasticien mais lui avait été recommandé comme oto-rhino, que le Dr F_____ lui avait diagnostiqué une hernie ombilicale avec un risque d'étranglement - surtout au vu de son activité d'aide-soignant - et estimé qu'il pouvait se faire opérer à Genève immédiatement en rentrant, qu'il avait subi une opération du nez en Colombie il y avait six ans suite à un accident, qu'il avait prévu de dépenser environ 10'000 fr. à 12'000 fr. en Colombie pour ses vacances et qu'il avait dès lors fait des transferts bancaires en Colombie à partir de décembre 2008. Le représentant de l'intimée a considéré que le recourant avait effectué des transferts d'argent en Colombie en décembre 2008 et janvier 2009 en vue de l'opération. Le 6 octobre 2010, l'intimée a observé que le rapport du 13 novembre 2009 du Dr A_____ ne faisait état que de troubles respiratoires dus au changement de climat et de température, soit uniquement des signes de refroidissement, qu'en 2004, le recourant avait requis le remboursement de 3'000 fr. pour des prestations étrangères qu'elle avait refusé au motif qu'il s'agissait d'un accident, que le Dr B_____ avait attesté qu'il restait une déviation postérieure à gauche avec des céphalées de sorte que l'opération n'avait pas traité la fonction respiratoire du nez et était donc esthétique, qu'enfin le Dr A_____ était un chirurgien plasticien et non pas un oto-rhino laryngologue. A la demande du Tribunal de céans, le Dr B_____ a indiqué le 21 octobre 2010 qu'il suivait le recourant depuis le 13 mai 2008, qu'il avait posé les diagnostics de sinusite aiguë, puis rhinosinusite chronique sur déviation de la cloison nasale, qu'une septoplastie, turbinectomie et ethmoïdectomie était programmée le 6 janvier 2009, que le recourant avait subi en Colombie une ethmoïdectomie antérieure, qu'il restait une déviation de la cloison nasale associée à une inflammation profonde des sinus, que l'affection qui avait nécessité l'intervention en Colombie relevait peut-être de l'urgence, qu'en effet si le patient souffrait d'une sinusite aiguë, une désobstruction par ethmoïdectomie antérieure partielle était souvent pratiquée, que l'intervention prévue en Suisse n'était pas une urgence immédiate, qu'enfin le recourant n'était pas guéri et qu'une septoplastie, une ethmoïdectomie complète et une polypectomie étaient à prévoir dans les prochains mois. A la demande du Tribunal de céans, le rapport chirurgical du 12 février

2009 et celui du Dr A _____ du 13 novembre 2009 ont été traduits en français. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente le recours est recevable (art. 60 LPGA). Dans la mesure où le recours comporte également une demande en paiement fondée sur la LCA, celle-ci est également recevable. L'objet du litige porte sur le droit du recourant au remboursement par l'intimée de 12'682 fr. 15 correspondant aux frais du traitement médical suivi en Colombie en 2009, tant du point de vue de la LAMal que de l'assurance complémentaire Mundo. a) Selon 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 (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal, intitulé "Prestations à l'étranger". Selon l'alinéa 1er de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) 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 (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie; cf. ATF 131 V 271 consid. 3.1 p. 274, 128 V 75). 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 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. 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 (ATF 131 V 271 consid. 3.2 p. 275; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2; ATF du 4 mars 2008 9C 11/2007). b) Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, 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 urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. 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 R. du 5 août 2003 K 65/03; ATF du 4 mars 2008 9C 11/2007). a) Les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du Groupe Mutuel assurance GMA SA (CGC) en vigueur dès le 1^{er} juillet 2000 prévoient qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique (art. 18 al. 1 let. g CGA). b) Selon les conditions particulières de l'assurance Mundo (CAM édition 1^{er} juillet 2000), la couverture d'assurance est valable dans le monde entier à l'exclusion de la Suisse et du Lichtenstein (art. 2 al. 1 CAM). En cas de maladie ou d'accident, la somme assurée est destinée au remboursement notamment des traitements ambulatoires reconnus au sens de la LAMal (art. 6 al. 1 CAM) et des hospitalisations pour les traitements reconnus au sens de la LAMal (art. 6 al. 2 CAM). La somme assurée ne peut être mise à contribution si l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger (art. 7 al. 1 CAM) ou pour les maladies déjà en traitement et non encore consolidées au moment du départ (art. 7 al. 2 CAM). c) Selon les conditions particulières de l'assurance complémentaire Global mi-privée (édition 1^{er} juillet 2000 CAGM) lorsqu'un assuré tombe malade à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue, durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de 1'000 fr. par jour. Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge (art. 2.1.1.3.c CAGM). a) En l'espèce, en application de la LAMal il n'est pas contesté que les interventions pratiquées en Colombie sont également pratiquées en Suisse de sorte que la seule question qui se pose est celle de l'existence d'une urgence médicale au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal. A cet égard, il est à constater que s'agissant tout d'abord de la hernie ombilicale le recourant admet lui-même que selon l'avis du Dr G _____, l'opération de la hernie ombilicale aurait pu avoir lieu à son retour à Genève (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 4 octobre 2010). Selon le recourant, le Dr F _____ lui a indiqué que le risque d'étranglement était important au vu de sa profession d'aide-soignant. Cette hernie ne comprenait ainsi qu'un risque aigu d'étranglement au vu des efforts nécessités par la profession du recourant, laquelle devait être reprise au retour en Suisse de celui-ci de sorte qu'une urgence médicale en Colombie ne saurait être admise, comme l'a d'ailleurs indiqué le médecin-conseil de l'intimée. Reste à déterminer si l'intervention de la cloison nasale relève de l'urgence médicale. Le Dr A _____ a spécifié le 13 novembre 2009 que l'intervention devait être effectuée le plus rapidement possible en raison de la gêne nasale et respiratoire mais aussi en raison de la présence de la hernie ombilicale. Or, celle-ci, comme il a été discuté ci-dessus, ne saurait être qualifiée de cas d'urgence. Le Dr A _____ n'a pas réellement motivé les raisons de la nécessité d'une intervention immédiate de la cloison nasale; en particulier on peine à comprendre pour quelle raison le recourant n'aurait pas pu se faire opérer à son retour de vacances le 13 mars 2009, comme cela avait été programmé avec le Dr B _____. En outre la planification de l'opération de la cloison nasale a eu lieu après la consultation auprès du Dr A _____ le 22 janvier 2009 mais sans qu'une hospitalisation n'ait été jugée nécessaire. Ceci démontre qu'il n'y avait pas d'urgence médicale (à cet égard, ATF du 7 octobre 2009 9C 291/09) le recourant n'ayant en particulier pas été traité pour une insuffisance respiratoire justifiant des soins urgents. Au demeurant, le Dr B _____ a tout au plus indiqué que si le patient souffrait d'une sinusite aiguë, l'intervention pratiquée en Colombie était appropriée, sans préciser qu'elle était nécessairement urgente. Enfin, cette opération n'a pas réglé totalement le problème du recourant puisque selon le Dr

B _____ une nouvelle intervention de la cloison nasale doit être prochainement programmée. Au vu de ce qui précède, l'intervention pratiquée par le Dr A _____ ne saurait non plus être qualifiée de cas d'urgence au sens de l'art. 36 OAMal. En revanche, il y a lieu d'admettre que la consultation du 22 janvier 2009 auprès du Dr A _____ ainsi que le traitement antibiotique prodigué par celui-ci relève d'un cas d'urgence, l'intimé ne contestant d'ailleurs pas que le recourant ait souffert d'une rhinite et d'une sinusite aiguë ayant justifié ledit traitement. b) S'agissant de l'assurance complémentaire, l'intervention du 12 février 2009 ne relevant pas de l'urgence, il y a lieu d'admettre qu'elle a été décidée volontairement par le recourant au sens de l'art. 7 al. 1 CAM de sorte qu'aucune prestation n'est due à ce titre au recourant. S'agissant des frais liés à la consultation du 22 janvier 2009 et au traitement antibiotique, lesquels relèvent d'un cas d'urgence, ils peuvent être pris en charge selon l'art. 6 al. 1 CAM, soit au titre de traitement ambulatoire obligatoirement reconnu au sens de la LAMal, étant remarqué que la rhinite/sinusite s'est déclenchée à l'arrivée en Colombie de sorte qu'elle ne peut être considérée comme une maladie déjà en traitement et non encore consolidée au moment du départ, au sens de l'art. 7 CAM. Au vu de ce qui précède, le recours et la demande seront partiellement admis et l'obligation de prise en charge de l'intimée reconnue pour les frais liés à la consultation du 22 janvier 2009 auprès du Dr A _____ et au traitement antibiotique prodigué. Le coût de la consultation n'étant pas spécifié au dossier il conviendra de l'évaluer selon le tarif LAMal pratiqué pour une consultation en Suisse. Vu l'admission très partielle du recours et de la demande, une indemnité versée au recourant par l'intimée ne se justifie pas. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours et la demande recevables. Au fond : Les admet partiellement. Condamne l'intimée à prendre en charge le traitement prodigué au recourant en Colombie, au sens des considérants. Rejette le recours et la demande pour le surplus. Dit que la procédure est gratuite. 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) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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