

## **GE\_GERICHTE A/2721/2011 vom 16. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2721\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2721_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2721/2011 du 16 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2721/2011 del 16 maggio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, représentée par Monsieur M \_\_\_\_\_ recourante contre INTRAS, Société du Groupe CSS, sise à 6002 Lucerne intimée EN FAIT Madame M \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1962, est assurée auprès d'INTRAS (ci-après l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins MINIMA ainsi que pour les assurances complémentaires QUADRA + semi-privé depuis le 1 er janvier 1998. En octobre 2003, alors que l'assurée se trouvait en vacances, au Brésil, elle a subi deux interventions chirurgicales dans clinique de Rio de Janeiro. Il ressort du rapport du 11 novembre 2003 du Dr A \_\_\_\_\_, chirurgien esthétique, que l'assurée s'est soumise le 4 octobre 2003 à une opération chirurgicale de lifting atypique consistant à retirer une grande quantité de siliconomes au visage et de l'hydrogel dans la région du nez avec mise en place d'une greffe du cartilage retiré de la région rétro-auriculaire droite. Le médecin a ajouté que l'assurée avait présenté un œdème facial important le 28 octobre 2003, qui avait nécessité une seconde opération réalisée le 30 octobre 2003 consistant à nouveau en l'exérèse de siliconomes. L'assurée avait pu quitter la clinique le 11 novembre 2003. Dans son rapport du 20 mars 2006, la Dresse B \_\_\_\_\_, chirurgien esthétique, a certifié que l'assurée s'était présentée à la clinique le 1 er octobre 2003, se plaignant d'un œdème intermittent au visage nécessitant un traitement continu à base de cortisone à la suite d'une infiltration de substance au visage quelques années auparavant. La première opération avait un but réparateur et non esthétique. L'assurée s'était à nouveau présentée à la clinique avec un œdème facial important le 28 octobre 2003, sollicitant une deuxième intervention dans la région qui n'avait pas été touchée précédemment en raison du risque de lésions nerveuses car l'œdème facial rendait impossible une vie sociale normale et empêchait de diminuer l'utilisation de corticoïdes. Cette seconde opération avait eu lieu le 30 octobre 2003. Par courriel du 22 mai 2006, une collaboratrice d'un service d'enquêtes a fait parvenir à l'assurance la traduction approximative de certaines pièces et certaines réponses aux questions que l'assurance lui avait posées. S'agissant de la date à laquelle l'intervention avait été programmée, elle a noté : " Je pense que la chirurgie a été programmée le jour de la première consultation, due l'insistance de Mme M \_\_\_\_\_ " (sic) . Elle a indiqué en ce qui concernait le caractère urgent de l'intervention: "Il ne s'agissait pas d'une chirurgie d'urgence, d'ailleurs le médecin a prévenu la patiente sur la petite possibilité de succès" . Par décision du 14 septembre 2006, l'assurance a refusé l'octroi de toutes prestations au motif que l'assurée s'était rendue au Brésil dans le seul but de s'y faire traiter. A la suite de son opposition du 16 octobre 2006, l'assurée a produit un complément de rapport de la Dresse B \_\_\_\_\_ du 7 novembre 2006, aux termes duquel les interventions avaient un caractère réparateur et l'assurée n'était pas à même d'être transportée en Suisse au moment de la consultation du 1 er octobre 2003. L'assurée a déposé le 10 octobre 2007 une demande devant le Tribunal

cantonal des assurances sociales, alors compétent (ci-après le Tribunal), concluant sous suite de dépens à l'annulation de la décision de l'assurance du 14 septembre 2006 et à ce que cette dernière soit condamnée au paiement de la somme de 46'663 fr. 90 avec intérêts à 5% dès le 22 juin 2006 correspondant aux frais des interventions des 4 et 30 octobre 2003. Dans sa réponse du 12 novembre 2007, l'assurance a joint copie de sa décision sur opposition notifiée le même jour à l'assurée, dans laquelle elle a rejeté l'opposition aux motifs que celle-ci s'était rendue dans une clinique connue pour ses brillants spécialistes afin d'y suivre un traitement le lendemain de son arrivée au Brésil et n'avait été opérée que le 4 octobre 2003, ce qui excluait toute urgence. Le but du traitement selon les résultats de l'enquête de l'assurance sur place était d'essayer de diminuer ou d'abolir la nécessité d'utiliser des anti-inflammatoires hormonaux, traitement qui pouvait être prodigué en Suisse. Dans son écriture du 6 décembre 2007, l'assurée a souligné en se référant au rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ qu'elle n'était pas en état d'être transportée en Suisse lors de la consultation du 1<sup>er</sup> octobre 2003. Dans ses déterminations du 10 avril 2008, l'assurance a conclu au refus de prise en charge du traitement en soutenant que l'assurée avait été victime d'un accident le 6 janvier 1993 et qu'elle souffrait depuis 1995 d'inflammations chroniques au visage, traitées à plusieurs reprises à Genève. L'assurée avait aussi subi plusieurs traitements esthétiques, notamment une implantation de prothèses des seins trois ans auparavant ainsi qu'une lipoaspiration à l'abdomen, et il n'existait aucun élément permettant de penser que toutes les alternatives de traitement possibles en Suisse aient été épuisées dans son cas, l'urgence n'étant de surcroît pas établie. Lors de l'audience de comparution personnelle du 30 avril 2008, l'assurée a déclaré qu'elle avait été victime d'un accident au Brésil en 1992, lors duquel un morceau de fer s'était enfoncé dans sa joue alors qu'elle se trouvait dans un bus percuté par une voiture. Elle avait subi une reconstruction faciale à la clinique DENTAS de Sao Paulo ainsi que des injections de silicone à la suite de cet accident. Elle prenait depuis des corticoïdes qu'elle se faisait envoyer du Brésil pour soulager ses douleurs. Elle a ajouté que lors du vol du 30 septembre 2003 à destination du Brésil, elle avait commencé à ressentir des fourmillements qu'elle avait d'abord imputés à une allergie alimentaire, avant de développer un œdème au visage. Elle s'était alors rendue à la clinique A\_\_\_\_\_ qui lui avait été recommandée par une hôtesse de l'air et qu'elle n'avait pas contactée avant son départ. Cette clinique l'avait prise en charge immédiatement en raison de son état, qui excluait un rapatriement en Suisse. Dans ses déterminations du 6 mai 2008, l'assurance a relevé que les déclarations de l'assurée quant à l'accident de 1992 étaient fausses puisqu'il était indiqué dans le formulaire de déclaration d'accident du 6 janvier 1993 qu'elle avait été renversée par une voiture alors qu'elle traversait la rue. Par conséquent, toutes les déclarations de l'assurée pouvaient être remises en question. L'assurée a exposé dans ses observations du 30 mai 2008 qu'elle avait confondu les circonstances de l'accident du 6 janvier 1993 avec celles d'un autre accident survenu en avril 1991 à Sao Paulo lors de l'audience. Il y avait lieu de se référer à sa déclaration d'accident du 6 janvier 1993. Par arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2008 ( ATAS/1100/2008 ), le Tribunal a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'assurance afin que celle-ci procède aux mesures d'instruction nécessaires à établir si l'assurée s'était rendue au Brésil dans le seul but de s'y faire soigner. Il a notamment enjoint l'assurance d'interroger les médecins de la clinique A\_\_\_\_\_ afin de déterminer si l'assurée avait pris contact avec cette clinique avant son départ et si elle avait effectivement présenté un œdème important du visage ayant nécessité une consultation en urgence à son arrivée à Rio de Janeiro. Le Tribunal a retenu en substance qu'il était décisif de savoir pour quels motifs

médicaux l'assurée ne pouvait rentrer en Suisse et si un retour aurait été possible avant la deuxième intervention, le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ n'étant pas suffisant pour déterminer si les deux interventions étaient urgentes et si une alternative était possible. Saisi d'un recours de l'assurance, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable par arrêt du 30 janvier 2009 (ATF 9C\_927/2008 ). Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie maxillo-faciale et médecin-conseil de l'assurance, s'est déterminé par avis du 15 octobre 2010 sur le dossier de l'assurée en affirmant que les déclarations de celle-ci divergeaient et devaient être remises en question. Les blessures subies lors de l'accident de 1992 semblaient avoir été traitées par des injections de silicone, ce qui était absolument incompréhensible et inadéquat du point de vue médical. S'agissant des interventions de 2003, il ne fallait pas partir du principe de séquelles d'accident crédibles mais de séquelles après traitement esthétique. Les inflammations chroniques étaient apparues dès 1995 et étaient traitées par cortisone, dont l'administration avait pour effet secondaire connu l'apparition d'œdèmes chroniques. Les déclarations de l'assurée sur un gonflement aigu des parties molles durant le vol n'étaient pas crédibles. Il y avait également lieu de remettre en question le fait que la première consultation de l'assurée n'avait eu lieu que le lendemain de l'atterrissage puisque celle-ci avait indiqué que sa vie était alors en danger. De plus, procéder aux interventions en cause était médicalement inimaginable en présence d'effets de la cortisone ou d'inflammations éventuellement aiguës. S'il fallait retenir l'hypothèse d'un œdème développé à la suite d'une allergie alimentaire, celui-ci aurait certes dû être traité en urgence mais pas chirurgicalement, et le rapatriement après traitement de l'œdème aurait été possible. L'impression qui ressortait du dossier était celle de douleurs chroniques et de longue durée dues à des siliconomes dont l'exérèse aurait été possible en Suisse. Par acte du 18 mai 2011, l'assurée a saisi la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice d'un recours pour déni de justice, concluant en outre à la condamnation de l'assurance à lui rembourser la somme de 46'663 fr. 90, avec intérêts à 5 % dès le 22 juin 2005, correspondant au coût des opérations intervenues les 4 et 30 octobre 2003. En date du 6 juillet 2011, l'assurance a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 14 septembre 2006, les conditions alternatives d'urgence ou d'absence de traitement adéquat en Suisse prévues par la législation pour prendre en charge un traitement à l'étranger n'étant pas réalisées. Dans sa réponse du 7 juillet 2011, l'assurance a précisé que sa décision sur opposition était intervenue le 6 juillet 2011, rendant sans objet le recours pour déni de justice. Par arrêt du 13 juillet 2011 ( ATAS/708/2011 ), la Cour de céans a déclaré irrecevable la conclusion tendant au paiement du montant de 46'663 fr. 90 et constaté que le recours pour déni de justice était devenu sans objet dès lors que l'assurance avait rendu une décision. L'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 6 juillet 2011 par écriture du 7 septembre 2011. Elle conclut à son annulation et conteste la valeur probante du rapport du Dr C\_\_\_\_\_. Dans sa réponse du 8 novembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours en soutenant que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante par courrier du 9 novembre 2011 en l'informant de son droit de consulter le dossier. Les parties ont été informées par pli du 17 novembre 2011 que la cause était gardée à juger. EN DROIT 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 er 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA). Le litige est identique à celui que le Tribunal a examiné dans son arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2008. S'agissant des bases légales régissant la prise en charge de traitements prodigués à l'étranger et à la jurisprudence, elles ont déjà été exposées dans dit arrêt de sorte qu'on peut y renvoyer. La Cour de céans relève que l'intimée ne s'est pas renseignée auprès de la clinique A\_\_\_\_\_ afin de savoir si la recourante avait pris rendez-vous avant son départ au Brésil, si elle présentait bien un œdème nécessitant un traitement urgent à son arrivée et rendant impossible son rapatriement en Suisse, et dans l'affirmative quel avait été le traitement de l'œdème. L'intimée n'a pas non plus consulté les médecins de la clinique afin de déterminer si les interventions chirurgicales étaient bien liées au traitement d'urgence de cet œdème. On trouve certes dans le dossier de l'intimée un courrier électronique d'un service d'enquêtes prenant position sur certaines des questions pertinentes pour l'issue du litige, antérieur à l'arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2008. Il est cependant impossible de déterminer sur quels éléments se fondent ces réponses. En particulier, rien ne permet d'établir qu'elles émanent de la clinique A\_\_\_\_\_ et on ignore si les médecins ont bien été interrogés puisqu'il n'existe aucun document écrit portant leurs signatures. S'agissant de la date à laquelle la première intervention a été programmée, la rédaction du courriel laisse d'ailleurs à penser qu'il s'agit d'une supposition du service d'enquêtes et non d'une réponse donnée par un des chirurgiens. Par ailleurs, s'agissant des conclusions du service d'enquêtes sur l'urgence de l'intervention chirurgicale, on voit mal en quoi le fait qu'une opération puisse ne pas être couronnée de succès permet d'exclure qu'elle ait été urgente. Force est ainsi de constater que l'intimée n'a pas déféré aux injonctions du Tribunal. Elle fonde sa décision sur opposition sur le seul rapport du Dr C\_\_\_\_\_, qui appelle les remarques suivantes. On peut et doit attendre d'un expert médecin qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée et fonde ses conclusions sur des considérations médicales et non des jugements de valeur, et qu'il rédige son rapport de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective (ATF non publié 9C\_76/2011 du 24 août 2011, consid. 5.2.1 ; ATF non publié 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.3). En l'espèce, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ ne satisfait manifestement pas à ces exigences dès lors que ce médecin procède avant tout à une appréciation de la crédibilité des déclarations de la recourante et qu'il semble fonder à tout le moins partiellement son appréciation médicale sur des impressions subjectives. Partant, la Cour de céans n'est toujours pas en mesure de statuer sur la prise en charge des traitements subis au Brésil. Elle n'a ainsi pas d'autre choix que de renvoyer une nouvelle fois la cause à l'intimée afin que celle-ci procède sans tarder aux mesures d'instruction déjà requises dans l'arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2008 et statue à nouveau sur la prise en charge des soins, en tenant cas échéant compte des soins d'urgence indispensables au traitement d'un éventuel œdème. Le recours doit ainsi être partiellement admis au sens de ce qui précède. Si la procédure est en principe gratuite, l'art. 61 let. a 2<sup>ème</sup> phrase LPGA prévoit que des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Cette disposition est également applicable à l'assurance (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 37 ad art. 61). Le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement l'attitude de la partie dans la procédure judiciaire mais

également son comportement avant le procès (ATF 124 V 285 consid. 4b relatif à des cotisations de prévoyance professionnelle). Cette jurisprudence est applicable mutatis mutandis pour déterminer si une assurance sociale a fait preuve de légèreté. En l'espèce, l'assurée a dû déposer deux recours pour déni de justice auprès du Tribunal et de la Cour de céans avant que l'intimée ne statue sur opposition. Partant, au vu de son attitude dilatoire et de la légèreté qu'elle a manifestée en ne procédant pas aux instructions requises par le Tribunal, il se justifie de la condamner au paiement d'un émolument de 1'000 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Condamne l'intimée à payer un émolument de 1'000 fr. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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