

GE_GERICHTE A/354/2014 vom 19. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_354_2014

FR: GE_GERICHTE A/354/2014 du 19 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE A/354/2014 del 19 gennaio 2015

Erwägungen

E. 5

Compte tenu des développements qui précèdent, il convient d'examiner si les conditions d'une urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal sont réalisées. Selon la jurisprudence, ce qui est donc 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 du Tribunal fédéral des assurances K 65/03 du 5 août 2003 consid. 2.2). Toutefois, le caractère approprié du retour à domicile ne s'apprécie pas exclusivement selon des critères médicaux. Il convient en effet de prendre en considération l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Il est ainsi compréhensible qu'un assuré, en proie à des douleurs aigües, se rende sans plus attendre chez un médecin situé au lieu de séjour pour une première consultation et l'éventuelle prescription d'un médicament (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 7/02 du 23 août 2002 consid. 4). Par ailleurs, les coûts du retour à domicile doivent notamment se situer dans un rapport raisonnable avec les frais (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 5.4 ; K /02 du 23 août 2002 consid. 4 ; Gebhard EUGSTER, op. cit. p. 560 n. 477). Appliquant l'art. 36 al. 2 OAMal par analogie au cas d'un accouchement survenu dans un canton autre que celui du domicile, le Tribunal fédéral a considéré qu'une situation d'urgence est réalisée s'il est établi que la femme enceinte ne s'est pas rendue dans un autre canton pour accoucher ou pour subir un traitement en lien avec sa grossesse et qu'au cours de son séjour dans cet autre canton, elle est surprise par les signes d'un accouchement imminent au point qu'un transport dans le canton du domicile serait irresponsable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2009 du 3 septembre 2009 consid. 9). En l'espèce, on répétera que Mme A_____ avait « l'esprit libre pour envisager définitivement l'accouchement dans cet hôpital français » (pièce 121 intimé). On soulignera également qu'elle s'est rendue au CHRA le 27 décembre 2012, à tout le moins pour une « visite de contrôle » alors qu'elle était déjà dans sa trente-septième semaine de grossesse (cf. pièce 105 intimé), soit à environ deux semaines du terme habituel. Dans ces circonstances, la décision de déclencher l'accouchement en raison d'un retard de croissance du fœtus constitue tout au plus une déviation infime du scénario imaginé par les époux, sans conséquences pour le dénouement de celui-ci. Dans le projet des futurs parents en effet, l'accouchement devait de toute manière se dérouler au CHRA, ce que confirme la visite de contrôle alléguée à laquelle Mme A_____ s'est rendue le 27 décembre 2012, en dehors de toute situation d'urgence, dite visite constituant à tout le moins un traitement en lien avec sa grossesse au sens de l'arrêt 9C_408/2009 précité voire, rétrospectivement, un acte préparatoire de l'accouchement. Partant, l'urgence doit être niée. Elle doit l'être également pour d'autres raisons : il ne ressort nullement des pièces produites que Mme A_____ aurait été surprise par les signes d'un accouchement imminent ou que le fait de ne pas provoquer celui-ci sur le champ aurait présenté un risque pour la mère et/ou l'enfant, bien au contraire.

À l'examen du compte rendu d'accouchement, il appert, premièrement, que Mme A_____ a été admise le 27 décembre 2012 à 10h37 au CHRA, non pas pour une visite de contrôle, mais pour un « déclenchement programmé » et, deuxièmement, que des prostaglandines lui ont été administrées à 11h20 à cet effet, soit quarante-trois minutes plus tard. Or, dans cet intervalle, Mme A_____ aurait eu largement le temps de se rendre dans un établissement hospitalier genevois, si tant est qu'elle eût réellement l'intention d'accoucher à Genève. Au regard de ce qui précède, tel n'était clairement pas le cas.

E. 6

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 7

Puisque les recourantes ne sauraient prétendre à la prise en charge de leurs frais encourus à l'étranger sur la base de l'art. 36 al. 2 OAMal, il convient de déterminer dans quelle mesure l'obligation de rembourser ces frais peut se fonder sur une violation du devoir de renseignement et de conseils. a) Sous la note marginale « renseignements et conseils », l'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1^{er}). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). L'alinéa premier ne porte que sur une information générale des assurés, par le biais par exemple de brochures d'informations ou de lettres-circulaires. En revanche, l'alinéa 2 prévoit l'obligation de donner une information précise ou un conseil dans un cas particulier, de sorte qu'il peut conduire à l'obligation de verser des prestations sur la base du principe de la bonne foi (voir à ce propos la Journée AIM, « Premiers problèmes d'application de la LPGA », intervention de Monsieur le Juge fédéral Ulrich MEYER, le 7 mai 2004 à Lausanne). Le devoir de conseils de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Ce devoir s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_557/2010 du 7 mars 2011 consid. 4.1). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes

du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition c devant toutefois être formulée de la façon suivante: que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_601/2009 du 31 mai 2010 consid. 4.2). S'il est vrai que sous l'empire de l'art. 27 al. 2 LPGA, l'assureur social n'est plus en droit d'invoquer que l'assuré aurait pu adopter un comportement adéquat s'il n'avait pas ignoré la loi, il n'en demeure pas moins que la reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend bien plutôt du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé. On ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (arrêt 9C_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 3.3 et les références citées). Dans le dernier arrêt cité, qui concernait une caisse-maladie qui avait été consultée par un assuré en vue de la prise en charge d'une prestation future à l'étranger en principe non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (traitement dentaire), le Tribunal fédéral a considéré qu'il incombait à la caisse, qui avait été avertie de la date relativement proche de l'intervention projetée, de réagir sans délai et d'informer l'assuré sur les règles applicables en pareille occurrence et sur l'absence de prise en charge des frais de traitement en découlant en principe. À défaut, elle manquait à son devoir de conseils au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 3.2). b/aa) En l'espèce, Mme F_____ est intervenue dans le cas concret d'une demande de prise en charge des frais pour un accouchement en France. Il y a tout lieu de considérer qu'elle a agi dans le cadre de ses compétences, puisqu'elle était en charge de la gestion du dossier et que le courrier du 2 novembre 2012 était cosigné par son chef de groupe. Les conditions a et b sont ainsi réalisées. La législation n'ayant pas changé sur les points pertinents, la condition e ne fait pas non plus débat. En tant que le courrier du 2 novembre 2012 promet « que les conditions pour une prise en charge des frais dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins sont réunies », il comporte une dérogation non mentionnée au principe de territorialité des prestations de sorte que la prise en charge du cas ne peut être envisagée que sous l'angle d'un acte accordé « à bien plaisir ». Si ce dernier terme ou l'adverbe « volontairement »

figurent bel et bien sur les décomptes, on ne trouve rien de tel dans le courrier précité. Cela étant, ce document n'exprime pas pour autant une volonté de prise en charge intégrale des frais éventuels puisqu'il indique clairement des montants-limites, soit EUR 1'138.- en cas d'accouchement par voie basse et EUR 1'703.- en cas d'accouchement par césarienne, « déduction faite d'éventuelles participations aux coûts prescrites par la loi (franchise et quote-part de 10%) ». Bien que cette deuxième restriction omette de préciser qu'il n'y a ni franchise ni quote-part pour ces prestations spécifiques de maternité (cf. 64 al. 7 LAMal) et qu'elle ne peut dès lors se rapporter qu'à d'autres prestations médicales au sens de l'art. 25 al. 1 LAMal, il n'en reste pas moins que le sens objectif qui se dégage du courrier litigieux est que l'intimée entendait rester dans le cadre des prestations qui lui incombent en vertu de la LAMal, hormis pour les montants-limites de EUR 1'138.- et EUR 1'703.- correspondant aux deux types d'accouchement mentionnés. Les recourantes soutiennent certes qu'elles étaient en possession d'un devis du CHRA daté du 19 octobre 2012, faisant état d'un prix de journée de maternité de EUR 938.- par jour. Toutefois, dans la mesure où l'intimée n'était pas en possession de ce devis lors de la déclaration de prise en charge du cas du 2 novembre 2012, on ne saurait lui faire le reproche de n'avoir pas attiré l'attention de Mme A_____ sur le fait qu'au regard des tarifs journaliers appliqués par le CHRA aux termes de ce devis, une bonne partie des prestations facturées par cet établissement ne serait pas prise en charge en cas d'hospitalisation prolongée. L'intimée n'est dès lors pas responsable de la confusion alléguée - et quoi qu'il en soit évitable en mettant en œuvre l'attention commandée par les circonstances - entre forfait journalier et forfait par accouchement. En conséquence, même s'il est hautement vraisemblable que sans cette confusion, l'accouchement aurait été planifié à Genève, force est de conclure qu'il n'y a pas eu de violation du devoir de conseils, du moins, en ce qui concerne les frais d'accouchement de Mme A_____. Il en résulte que c'est à bon droit que l'intimée a limité le remboursement des factures la concernant (EUR 4'900.- et EUR 2'958.-; pièces 106 et 112 intimée) à EUR 1'138.-, soit CHF 1'415.60 (cf. pièce 122 intimée, p. 2-3). b/bb) S'agissant des factures se rapportant au séjour hospitalier de B_____ du 28 décembre 2012 au 1^{er} janvier 2013 et du 1^{er} au 4 janvier 2013 (pièces 108 et 111 intimée), l'intimée a déclaré « rembourser volontairement le prix maximum de la Suisse (DRG No P66C) » (pièce 122 intimée, p. 5). Dans la mesure où la question de l'hospitalisation de B_____ n'a pas fait spécifiquement l'objet de la déclaration de prise en charge du cas du 2 novembre 2012 mais que le séjour hospitalier de l'enfant à Annecy constitue néanmoins la conséquence directe de l'acceptation communiquée via ce courrier, il n'apparaît pas critiquable, à première vue du moins, que l'intimée ait décidé de s'en tenir au montant maximum qui aurait été payé en Suisse pour ce type de prestations. En effet, la solution retenue se borne à mettre en œuvre les termes de la police d'assurance obligatoire des soins FAVORIT SANTÉ, cette dernière « vous protège[ant] des coûts de traitements ambulatoires et de séjours hospitaliers en division commune des hôpitaux conventionnés situés dans le canton de domicile » (pièce 104 intimée), dans le cadre de l'art. 41 al. 1 bis et ter LAMal. Cela étant, il n'apparaît pas acceptable que l'intimée se retranche derrière les termes de la police d'assurance et se fonde sur les tarifs des hôpitaux conventionnés situés dans le canton du domicile alors qu'elle a précisément décidé, s'agissant de l'accouchement, de déroger au principe de territorialité des prestations de la LAMal et, par là-même, de permettre à Mme A_____ d'avoir recours aux prestations d'un hôpital étranger non partie à la convention tarifaire pertinente. Si, pour Mme A_____, cette dérogation à la territorialité des prestations était réglée par des montants-limites qui lui permettaient objectivement de mesurer les conséquences d'un

accouchement à l'étranger (cf. consid. 8b/aa supra), on cherche en vain une information similaire concernant B____. Or, il va sans dire que le séjour hospitalier de cet enfant au CHRA, comme conséquence directe de l'accouchement « autorisé » à Annecy, impliquait, conformément aux règles de la bonne foi, que l'intimée indique au moins dans son courrier du 2 novembre 2012 qu'un séjour hospitalier de l'enfant à naître aurait lieu dans un hôpital non conventionné et que cela aurait pour conséquence que le coût des prestations excédant, cas échéant, les montants prévus par la convention tarifaire applicable ne serait pas pris en charge. En l'occurrence, on peut considérer qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, nantie des renseignements qui ont été omis au sujet de B____, le comportement raisonnable de Mme A____ aurait consisté à ne pas accoucher au CHRA, mais dans un hôpital conventionné, à Genève. Ainsi, c'est à tort que l'intimée a limité le remboursement des factures du CHRA de EUR 10'324.- et EUR 7'959.- (= CHF 12'842.30 et CHF 9'791.55) à CHF 4'393.- (pièce 122 intimée, p. 5). En réalité, elle aurait dû prendre à sa charge la différence entre le montant facturé de CHF 22'633.85 (= 12'842.30 + 9'791.55) et le montant remboursé (CHF 4'393.-), soit CHF 18'240.85 sous déduction de la franchise (CHF 600.-) et de la quote-part (CHF 350.-), ce qui représente un solde de CHF 17'290.85 en faveur des recourantes. Le recours doit donc être admis dans cette mesure.

E. 8

Jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (art. 53 al. 3 LPG). En l'occurrence, c'est en date du 5 décembre 2014 que l'intimée a revu sa position concernant l'hospitalisation de l'enfant B____ du 13 au 16 janvier 2013, soit postérieurement à l'envoi de sa réponse. En conséquence, elle n'a pu rendre formellement de nouvelle décision. Il sera dès lors considéré que l'intimée propose l'admission du recours en tant qu'il concerne la prise en charge de la facture de EUR 3'495.-. La chambre de céans se prononcera dans ce sens. Ainsi, le recours doit être également admis s'agissant de la prise en charge de la facture d'un montant de EUR 3'495.- relative à l'hospitalisation de l'enfant B____ du 13 au 16 janvier 2013. Pour le surplus, il est rejeté en tant qu'il concerne une participation supérieure à CHF 1'415.60 (montant déjà payé) aux factures de EUR 4'900.- et EUR 2'958.- relatives aux frais d'accouchement et de séjour hospitalier de Mme A____ du 27 décembre 2012 au 1^{er} janvier 2013, respectivement du 1^{er} au 4 janvier 2013. Les recourantes, qui obtiennent partiellement gain de cause, auront droit à des dépens que la chambre de céans fixe à CHF 1'500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPG ; art. 89 H al. 3 loi de la sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 5 10.03). 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.