

GE_GERICHTE A/3840/2007 vom 1. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3840_2007

FR: GE_GERICHTE A/3840/2007 du 1 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3840/2007 del 1 ottobre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.10.2008
A/3840/2007

A/3840/2007 ATAS/1100/2008 du 01.10.2008 (LAMAL) , PARTIELMNT ADMIS
Recours TF déposé le 10.11.2008, rendu le 30.01.2009, IRRECEVABLE, 9C_927/2008 En
fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE
A/3840/2007 ATAS/1100/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 1 er octobre 2008 En la cause Madame
M_____, domiciliée à GENEVE recourante contre INTRAS
ASSURANCE-MALADIE, sise rue Blavignac 10, CAROUGE intimée EN FAIT Madame
M_____, née en 1962, est assurée auprès d'INTRAS (ci-après la caisse) 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 à Rio de Janeiro, au Brésil, elle a dû subir une intervention chirurgicale
en urgence à la clinique A_____ de Rio de Janeiro. Le 1 er décembre 2003, l'assurée a
adressé les factures relatives à cette intervention à la caisse. Cette dernière les lui a
retournées le 16 décembre 2003, au motif que les factures correspondent à un traitement
esthétique effectué à l'étranger et qu'elles ne peuvent pas être prises en charge dans le cadre
de l'assurance obligatoire des soins, ni par les assurances complémentaires. Par courrier du
21 janvier 2004, l'assurée a contesté qu'il s'agisse d'un traitement esthétique. Elle a produit
copie d'un rapport médical établi par le Dr A_____ et a expliqué que le traitement en
question consiste en une "dépollution de son organisme empoisonné par des injections de
silicone effectuées en novembre 1992 dans le cadre d'une reconstruction faciale consécutive
à un accident de la circulation". Elle a conclu à ce que le traitement auquel elle a dû se
soumettre en urgence, car sa vie était en danger, soit pris en charge par la caisse. Par
courrier du 30 janvier 2004, la caisse, invoquant une réticence au motif que l'assurée n'avait
pas mentionné sur le questionnaire-santé de la proposition d'assurance du 24 novembre
1997 toutes les affections pour lesquelles elle avait été en traitement, a annulé l'assurance
complémentaire pour la fin du mois. Par courrier du 23 février 2004, la caisse a requis de
l'assurée diverses informations, ainsi que la traduction officielle en français des factures
relatives au traitement subi au Brésil. Le 19 juillet 2004 a fait parvenir à la caisse les
documents sollicités par cette dernière. Par la suite, les parties ont échangé divers courrier.
Le 14 décembre 2004, Me Michel BOSSHART s'est constitué pour la défense des intérêts
de l'assurée et a invité la caisse à prendre en charge les divers traitements. Le mandataire a
informé la caisse qu'à défaut de nouvelles de la part d'ici à fin décembre 2004, il agira à son
encontre par toutes voies de droit. La caisse a adressé plusieurs courriers à l'assurée,
exigeant la preuve du paiement des factures, tels que virements bancaires, retraits bancaires,
etc. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a produit en date du 22 juin 2004, son
carnet de chèques attestant des paiements à la clinique et a exigé le remboursement de

47'063 fr. 70. A la requête de la caisse, elle a signé une autorisation déliant les médecins brésiliens du secret professionnel. Par courrier du 11 juillet 2006, le mandataire de l'assurée a imparti à la caisse un délai de 30 jours pour payer le montant de 47'063 fr. 70 plus intérêts à 5% dès le 22 juin 2005. Par décision du 14 septembre 2006, notifiée à l'assurée, la caisse a refusé l'octroi de toutes prestations, au motif qu'elle s'était rendue au Brésil dans le seul but de se faire traiter. Le 16 octobre 2006, l'assurée a formé opposition, contestant s'être rendue au Brésil dans l'idée de se faire traiter. Le 16 novembre 2006, son mandataire a adressé à la caisse un chargé de pièces complémentaire, notamment un rapport médical établi le 7 novembre 2006 par la clinique A _____ confirmant que les interventions subies en octobre 2003 étaient adéquates au vu de leur résultat à long terme et que l'assurée n'était pas en condition d'être transportée en Suisse au moment de la consultation du 1^{er} octobre 2003. Sans nouvelle de la caisse, l'assurée a déposé en date du 10 octobre 2007 une demande par-devant le Tribunal de céans, concluant à l'annulation de la décision de la caisse du 14 septembre 2006 et à ce qu'elle 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, sous suite de dépens. Dans sa réponse du 12 novembre 2007, la caisse relève que la demande en paiement de l'assurée doit être considérée comme un recours pour déni de justice. Elle le considère comme infondé, dès lors que les remboursements ne sont pas à la charge de l'assurance. Elle estime que le comportement de l'assurée est abusif, ce que démontre le fait qu'elle n'est plus représentée par un avocat. La caisse joint copie de sa décision sur opposition notifiée le même jour à l'assurée et conclut que le recours pour déni de justice devient sans objet. Dans sa décision sur opposition, la caisse a tout d'abord mis en doute la recevabilité de l'opposition, au motif que l'avocat constitué était maître de stage de deux avocates-stagiaires - alors que l'une n'avait pas encore accompli une année de stage - ce qui apparaît contraire au règlement d'application de la loi genevoise sur la profession d'avocat. Statuant sur le fond, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée, considérant que l'assurée s'était rendue au Brésil pour suivre ce traitement dans une clinique connue pour ses brillants spécialistes. En effet, dès le lendemain de son arrivée au Brésil, elle s'est rendue dans la clinique et l'intervention a eu lieu le 4 octobre 2003, ce qui exclut toute urgence. D'autre part, le but de ces traitements était d'essayer de diminuer ou d'abolir la nécessité d'usage anti-inflammatoire hormonal. Or, un tel traitement pouvait être exécuté en Suisse. Par écritures du 6 décembre 2007, l'assurée s'est élevée contre les assertions de la caisse quant à son prétendu comportement abusif, relevant au demeurant que si elle n'est plus représentée par un avocat cela résulte de considérations économiques. Elle explique que lors de son séjour, elle été hospitalisée à deux reprises et a dû subir deux interventions. Elle conteste s'être rendue au Brésil dans le but de se faire soigner et se réfère au rapport du Dr B _____ selon lequel elle n'était pas en condition d'être transportée en Suisse lors de la consultation du 1^{er} octobre 2003. L'assurée réfute également l'argument de la caisse selon lequel l'intervention ne portait que sur la peau, ce qu'une lecture attentive du rapport médical suffit pour se convaincre du contraire. Elle persiste dans les termes de son opposition du 12 novembre 2007 (recte : 2006) et maintient sa demande en paiement du 10 octobre 2007. Dans ses observations du 7 janvier 2008, la caisse maintient que le recours pour déni de justice est devenu sans objet et soutient que l'écriture de la recourante du 6 décembre 2007 portant sur la contestation de sa décision sur opposition du 12 novembre 2007 doit faire l'objet d'une nouvelle procédure. Dans le cas contraire, la caisse a sollicité un délai pour répondre. Dans le délai imparti par le Tribunal de céans, la caisse a maintenu sa position, notamment quant à l'irrecevabilité de l'opposition de la recourante, eu égard au

défaut de capacité de son mandataire à la représenter. Sur le fond, elle relève que d'après les informations recueillies, l'assurée aurait été victime d'un accident le 6 janvier 1993 et que depuis 1995 elle a souffert d'inflammations chroniques au visage, traitées à plusieurs reprises à Genève. D'autre part, l'assurée a déjà effectué des traitements esthétiques, notamment une implantation de prothèses des seins trois ans auparavant ainsi qu'une lipoaspiration à l'abdomen. La caisse se réfère au compte-rendu du médecin qui l'a opérée en 2003, à savoir que la patiente a été prévenue sur les risques du processus, du caractère réparateur (fonctionnel) sans aucune prétention de résultat esthétique, mais pour essayer de diminuer ou d'abolir la nécessité d'usage d'anti-inflammatoires hormonal. L'assurée n'a pas pris contact avec la caisse pour l'informer de son traitement. La caisse a conclu au refus de prise en charge du traitement, considérant que l'assurée s'est rendue délibérément le lendemain de son arrivée au Brésil dans une clinique spécialisée en chirurgie esthétique où opèrent de brillants spécialistes. Il n'y a pas d'élément permettant de penser que toutes les alternatives de traitement possible en Suisse eussent été épuisées dans son cas et une prise en charge aurait été réalisable en Suisse, l'urgence n'étant pas établie. Le Tribunal a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 30 avril 2008. L'assurée a déclaré qu'elle avait été victime d'un accident au Brésil, alors qu'elle était en vacances. Elle se trouvait dans un bus qui a été percuté par une voiture et un morceau de fer s'est enfoncé dans sa joue. A la suite de cet accident, elle a dû subir une reconstruction faciale à la clinique X_____ de Sao Paulo, ainsi que des injections de silicone. De retour en Suisse, elle a été suivie par le Dr C_____ ainsi que les HUG. Elle a expliqué que les médecins brésiliens lui avaient prescrit des corticoïdes non vendus en Suisse, qui permettaient de soulager ses douleurs. Elle avait exercé la profession d'infirmière au Brésil, son pays d'origine, où elle se rend régulièrement, en moyenne tous les deux ans. L'assurée a expliqué que lors de son voyage du 30 septembre 2003, elle a commencé à se sentir mal dans l'avion, elle ressentait des fourmillements. Elle a pensé tout d'abord que c'était dû à la salade avec une sauce aux crevettes qu'elle avait mangé dans l'avion, car elle est allergique aux crevettes. Puis un œdème est apparu au visage; elle pense qu'il a été causé vraisemblablement par la pressurisation durant le vol. Elle n'a pas pris contact avec la clinique depuis la Suisse, c'est l'hôtesse de l'air qui la lui a recommandée pendant le voyage. L'assurée a déclaré que si elle avait présenté un tel oedème avant de quitter la Suisse, elle n'aurait pas pu voyager. En effet, on ne l'aurait pas laissée monter dans l'avion, car elle était un monstre. A la clinique, elle a été prise immédiatement, au vu de son état, et le médecin brésilien a précisé dans son rapport qu'elle n'était pas en état d'être transportée en Suisse lors de la consultation d'octobre 2003. Elle expliqua qu'elle a été opérée en urgence le 4 octobre 2003, qu'elle est restée hospitalisée pendant quelques jours, qu'après sa sortie elle a bénéficié de plusieurs soins, puis qu'à la fin du mois d'octobre, son visage a de nouveau enflé, ce qui a nécessité une nouvelle hospitalisation. La caisse a déclaré qu'elle n'avait pas soumis le cas à son médecin-conseil et qu'elle n'avait pas requis l'apport du dossier médical auprès de l'ancienne caisse-maladie. Elle considère que tout peut être remis en cause dans cette affaire, notamment les factures, car on ne sait pas exactement quel soin correspond à quel jour. Pour la caisse, l'assurée s'est rendue au Brésil dans le but de se faire traiter et y subir une dépollution de son organisme. Elle avait perdu confiance dans les médecins suisses et s'est rendue auprès de brillants spécialistes au Brésil. S'agissant de l'œdème, la caisse soutient qu'il constitue une réaction au silicone qui s'est désagrégé dans le visage de l'assurée. Si elle arrêtait la corticothérapie, elle créerait une situation de crise aiguë. Par courrier du 6 mai 2008, la caisse informe le Tribunal que les déclarations de la recourante

quant à l'accident de 1992 sont fausses; en effet, dans le formulaire de déclaration d'accident du 6 janvier 1993, elle avait déclaré avoir été renversée par une voiture alors qu'elle traversait la rue et que le conducteur du véhicule avait pris la fuite. Par conséquent, toutes les déclarations de la recourante peuvent être remises en question, ce d'autant qu'elle n'a jamais produit de factures détaillées réclamées par la caisse. Invitée à se déterminer, l'assurée a indiqué qu'à l'audience, 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, alors qu'elle était encore domiciliée au Brésil. Elle prie en conséquence le Tribunal de ne pas tenir de la description de l'accident faite à l'audience et de se référer à celle de la déclaration d'accident du 6 janvier 1993. Cette écriture a été communiquée à la caisse le 2 juin 2008. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Il connaît également des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (cf. art. 56V al. 1 let. c LOJ).. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. a) L'assurée a déposé devant le Tribunal de céans une demande en paiement à l'encontre de l'intimée, dès lors que cette celle-ci n'a, nonobstant les rappels de son mandataire, pas rendu de décision suite à l'opposition qu'elle avait formée le 16 octobre 2006 contre la décision de refus du 14 septembre 2006. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par la voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues. Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de droit (art 52 al. 2 LPGA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision litigieuse (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Cette disposition vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 191 consid. 2a). Sur ce point, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune

modification à la notion du déni de justice (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, ch. 10, 13 et 14 ad art. 56). En particulier, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c p. 158 s.). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts; ceux-ci sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 249 consid. 4a). b) En l'espèce, force est de constater que l'intimée n'a pas rendu de décision suite à l'opposition formée le 16 octobre 2006 par le mandataire de l'assurée, ce malgré de multiples rappels. En ce sens, la demande de l'assurée pourrait être considérée comme un recours pour déni de justice au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA. L'intimée conclut que le recours pour déni de justice est devenu sans objet, dès lors qu'il a notifié à la recourante une décision sur opposition en date du 12 novembre 2007. Quant à la contestation de la recourante portant sur la décision sur opposition du 12 novembre 2007, elle doit faire l'objet d'une nouvelle procédure. Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans. En effet, force est de constater que la demande déposée par la recourante le 12 octobre 2007 ne conclut pas expressément à ce qu'un déni de justice soit constaté; en revanche, la demande comporte des conclusions tendant à la condamnation de l'intimée au paiement de la somme de 46'663 fr. 90, plus intérêts. D'autre part, la recourante a contesté la décision sur opposition dans ses écritures du 6 décembre 2007, soit dans le délai de trente jours. Si le recours pour déni de justice devient sans objet, il n'en va pas de même en ce qui concerne les conclusions prises sur le fond du litige, étant rappelé que la décision sur opposition litigieuse a été rendue pendente lite. Le Tribunal de céans étant déjà saisi, il n'y a pas lieu d'ouvrir une nouvelle procédure. Cela étant, le recours est recevable. c) Dans ses écritures, l'intimée se pose la question de savoir si le mandataire de la recourante, ou ses avocates-stagiaires étaient en droit de la représenter dans la procédure d'opposition, dès lors que le maître de stage aurait engagé une deuxième stagiaire avant que la première n'ait accompli une année de stage, ce qui serait contraire au règlement d'application sur la profession d'avocat. Dans ce cas, l'opposition serait irrecevable et le recours devrait être également déclaré irrecevable. Le Tribunal de céans relève à cet égard, qu'outre des assertions obscures et une interprétation pour le moins curieuse de la qualité pour un avocat ou avocat-stagiaire inscrits au barreau de représenter une partie, l'intimée est entrée en matière, puisqu'elle n'a pas déclaré l'opposition de la recourante irrecevable et qu'elle a statué sur le fond. Les conclusions de l'intimée, au demeurant non pertinentes, sont irrecevables. Le litige consiste à déterminer si les frais résultant des interventions et soins effectués par la clinique A_____ à Rio de Janeiro doivent être pris en charge par l'intimée. En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. 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. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal, intitulé "Prestations à l'étranger". Selon cette disposition, 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 un traitement (al. 2). Il s'agit-là d'une exception au principe de la territorialité. 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]; Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, ch. 477). Les traitements effectués à l'étranger sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4). En ce qui concerne la preuve, 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). La recourante soutient qu'en raison de l'apparition durant le vol entre Genève et Rio de Janeiro d'un œdème important au visage, elle a dû consulter en urgence les médecins de la clinique A_____, où elle a été hospitalisée. Elle fait valoir qu'un retour en Suisse n'était pas possible, au vu de son état. L'intimée considère de son côté, qu'au vu de ses antécédents médicaux, il convient d'admettre que la recourante s'est rendue au Brésil dans le but de s'y faire soigner par de brillants spécialistes en chirurgie esthétique. La condition de l'urgence ne saurait être admise. Le dossier comporte divers documents médicaux. Selon le rapport médical établi par le Dr A_____ en date du 11 novembre 2003, la demanderesse a été soumise le 4 octobre 2003 à une opération chirurgicale de lifting atypique due à une injection de silicone liquide dans la face. Durant l'acte opératoire, il a été retiré une grande quantité de siliconomes dans la région du tiers moyen de la face, ainsi que de l'hydrogel dans la région de l'extrémité du

nez avec mise en place postérieure d'une greffe de cartilage. Selon ce médecin, la patiente a été hospitalisée jusqu'au 21 octobre 2003, puis elle est restée sous surveillance médicale et a bénéficié de soins quotidiens associés à de la bêtathérapie, des drainages lymphatiques et de la dermotonie, avec une bonne évolution jusqu'au 28.10.2003, date à laquelle elle a présenté un œdème facial important qui a nécessité une seconde opération. Lors de cette intervention pratiquée le 30 octobre 2003, il a été procédé à une "exérèse de siliconomes infiltrés dans la musculature et la région sub-dermique au niveau du buccinateur". La patiente a été autorisée à quitter la clinique le 11 novembre 2003, étant suivie quotidiennement par des soins, associés à du drainage lymphatique et le dermotonie. Les deux interventions ont été pratiquées sous anesthésie générale. Dans son rapport établi en date du 7 novembre 2006, traduit que partiellement en français, la Dresse B_____ indique que la recourante s'est présentée à la consultation du 1^{er} octobre 2003, qu'à l'examen elle présentait un œdème facial diffus mais intense et que la patiente a opté pour une intervention chirurgicale qui a eu lieu le 2 octobre 2003, sous anesthésie générale. Après sa sortie de la clinique, la patiente a été suivie ambulatoirement. Une seconde hospitalisation a été nécessaire le 28 octobre 2003, suite à un nouvel œdème facial important, et une autre intervention a été effectuée en date du 30 octobre 2003, également sous anesthésie générale. Au vu des constatations médicales, la Dresse B_____ confirme à la fin de son rapport que la recourante n'était pas transportable en Suisse lors de la consultation du 1^{er} octobre 2003. Pour l'intimée, le fait que la recourante ait opté pour une intervention démontre qu'elle s'était rendue au Brésil pour s'y faire soigner. Le Tribunal de céans constate cependant qu'en l'état actuel du dossier, il n'est pas possible de conclure que la recourante se soit rendue au Brésil dans le seul but de s'y faire soigner. Il convient de relever en effet que la recourante a déclaré qu'elle n'avait pas pris contact avec la clinique avant son départ et que ladite clinique lui avait été recommandée par une hôtesse de l'air. Reste qu'à cet égard, il eût été opportun que l'intimée questionne les médecins, afin de savoir si un rendez-vous avait été pris à l'avance avec la clinique ou si la recourante s'est présentée sans rendez-vous, en urgence. D'autre part, même si elle souffrait d'inflammations chroniques du visage depuis plusieurs années dues à des injections de silicone suite à une reconstruction faciale subie en 1992, il n'est pas exclu qu'elle ait présenté durant le vol entre la Suisse et le Brésil un œdème important du visage ayant nécessité une consultation en urgence dès son arrivée à Rio de Janeiro. Or, ce qui est déterminant, c'est de savoir pour quelles raisons médicales impérieuses la recourante était dans l'incapacité de rentrer en Suisse, notamment quels étaient les risques d'un rapatriement en Suisse par avion. Le rapport de la Dresse B_____ est à cet égard insuffisant. Enfin, il importe aussi de savoir si un retour en Suisse n'aurait pas été approprié une fois la crise passée, avant la deuxième intervention. Concernant l'intervention chirurgicale du 2 octobre 2003, bien que le médecin indique qu'elle avait une fonction réparatrice, l'on ignore si elle était médicalement justifiée par l'urgence et si une alternative était possible. Il en va de même pour la seconde intervention, à supposer qu'un retour en Suisse n'eût pas été possible, pour des raisons médicales. Seule une instruction complémentaire auprès des médecins ayant soigné la recourante permettra de répondre à ces questions. L'intimée soutient encore que la recourante est de mauvaise foi, dès lors qu'elle n'est plus représentée par son mandataire, et qu'elle a fait de fausses déclarations concernant le déroulement de l'accident de 1992. Le Tribunal relève à cet égard que le fait que la recourante ne soit plus représentée par un avocat n'est assurément pas un indice permettant de retenir la mauvaise foi. Quant au déroulement de l'accident, la recourante a expliqué qu'elle avait confondu les circonstances

de l'événement avec celles d'un autre accident survenu en 1991, alors qu'elle était encore domiciliée dans son pays, et s'est pour le surplus référée expressément à ses écritures déposées dans le cadre de l'opposition et de la présente procédure. Dans ces conditions, l'on ne saurait conclure à la mauvaise foi. Au vu de ce qui précède et en l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer, l'intimée n'ayant au demeurant pas soumis les pièces médicales à son médecin-conseil afin de recueillir son avis. Le recours sera en conséquence partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision sur opposition du 12 novembre 2007. Renvoie la cause à la caisse pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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.