

GE_GERICHTE A/774/2011 vom 24. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_774_2011

FR: GE_GERICHTE A/774/2011 du 24 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/774/2011 del 24 ottobre 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée à Genève recourante contre EASY SANA, sise c/o Groupe Mutuel, Rue du Nord 5, 1920 Martigny intimée EN FAIT Madame C _____, née en 1949, est assurée contre le risque accident et maladie obligatoire auprès de HERMES, qui fait partie du GROUPE MUTUEL. Elle a conclu un contrat d'assurance complémentaire intitulé "Mundo". Selon ce contrat, les risques accident et maladie sont couverts à l'étranger à hauteur de 100'000 fr. Par courrier du 29 septembre 2010, elle a informé son assurance du fait qu'elle s'était fait opérer d'une hernie ombilicale en Roumanie et a adressé à celle-ci la facture de 5'792 fr. 65 relative à cette intervention. Elle expliquait qu'elle souffrait depuis deux ans de cette affection et avait hésité à se faire opérer aux Hôpitaux universitaires de Genève en janvier 2010. Lors de son séjour en juin 2010 en Roumanie, elle avait consulté un chirurgien qui lui avait vivement recommandé de se faire opérer. Elle avait alors pris rendez-vous afin que l'opération puisse être effectuée en septembre 2010. Celle-ci avait eu lieu; tout s'était très bien passé. Selon le questionnaire rempli par la fille de l'assurée, elle s'était rendue le 24 août 2010 en Roumanie pour des raisons familiales où elle séjournait encore le 20 octobre 2010, lorsque le formulaire a été rempli. Par courrier du 28 octobre 2010, l'assurance a refusé ses prestations. L'intervention chirurgicale n'avait pas été rendue nécessaire dans une situation d'urgence et n'était ainsi pas couverte par le contrat. L'assurée a prié l'assurance de reconsidérer sa position. Elle a exposé qu'elle s'était fait opérer une première fois en Suisse dans les années 1990, mais l'hernie la menaçait dans sa santé de plus en plus depuis la déchirure qui s'était produite début 2009. Son médecin l'avait alors rassurée en exposant qu'elle n'avait pas besoin d'une intervention chirurgicale dans l'immédiat, mais qu'elle devait éviter les efforts au quotidien. Elle s'était rendue en Roumanie pour le mariage de son neveu et avait souhaité, au préalable, passer un peu de temps avec ses sœurs venues d'Italie. Les douleurs devenant cependant de plus en plus persistantes et la déchirure s'élargissant, de sorte qu'elle pouvait "sentir sans difficulté une bonne partie de son système digestif seulement retenu par le muscle et la peau". Elle avait alors consulté un spécialiste qui, au vu de la prééminence de l'hernie, avait recommandé une intervention chirurgicale afin d'éviter une occlusion intestinale. Il s'agissait ainsi bien d'un cas d'urgence. Par décision du 8 novembre 2010, l'assurance a maintenu sa position. Dans son opposition, l'assurée a, notamment, contesté qu'elle s'était rendue en Roumanie afin d'y subir l'intervention de septembre 2010. Dans le cadre de l'instruction de l'opposition, l'assurance a requis une traduction en français des pièces médicales produites. L'assurée a ainsi adressé à celle-ci la traduction du rapport de sortie établi par l'Hôpital militaire de Timisoara, du décompte des frais d'hospitalisation et du rapport établi par le Dr L _____. Le rapport de sortie pose le diagnostic d'éventration ombilicale. Le rapport du Dr L _____, non daté, parle d'une éventration ombilicale incarcerated. Au vu des indications de l'assurée et des divergences de diagnostics,

le médecin-conseil de l'assurance a conclu que l'intervention litigieuse n'avait pas été effectuée en urgence, mais planifiée. Se fondant sur cet avis, l'assurance a confirmé sa position, par décision du 25 février 2011. Dans un document daté du 4 mai 2011, l'Hôpital militaire de Timisoara indique que toute information médicale est confidentielle, sauf si le patient autorise expressément l'hôpital à la communiquer. Par ailleurs, une erreur informatique s'était glissée dans la facture, de sorte que celle-ci se montait en réalité à 840 LEI (soit 260 fr. 15). A l'attestation était jointe copie du reçu au nom de l'assurée pour la somme de LEI 840. Ces documents ont été transmis par la Rumanian International Assistance Services SEL à Mondial Assistance, partenaire de l'intimée à l'étranger. Par acte expédié le 14 mars 2011 à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assurée recourt contre cette décision. Elle explique souffrir depuis de nombreuses années d'une hernie ombilicale. Elle avait retardé l'intervention, souhaitant espacer au maximum les anesthésies, dès lors qu'elle en avait déjà subi plusieurs. Son médecin traitant lui avait recommandé, en raison de ses rhumatismes et arthrose, de chercher un climat continental, sec et chaud, comme celui de la Roumanie, et de s'éloigner du froid humide de Genève. Étant roumaine d'origine, elle se rendait ainsi fréquemment dans son pays. Alors qu'elle s'y trouvait, elle avait ressenti d'importantes douleurs et le médecin consulté lui avait conseillé de ne pas tarder à se faire opérer car, la déchirure interne s'étant élargie, elle risquait de causer une occlusion intestinale. Elle n'avait disposé que de 24h pour emprunter l'argent nécessaire et s'était fait opérer le 8 septembre 2010. Quand bien même l'intervention était prévue de longue date, elle n'avait pas été planifiée et était intervenue en urgence. L'assurance conclut au rejet du recours. Elle se prévaut des affirmations contradictoires de l'assurée et au déroulement des faits pour en conclure que l'intervention du 8 septembre 2010 était planifiée. Ne revêtant pas de caractère urgent, elle ne peut être à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Par ailleurs, selon la communication signée par le Commandant de l'Hôpital militaire de Timisoara le 4 mai 2011, la première facture était excessive et la somme réclamée par la recourante n'avait pas été acquittée par celle-ci. Pour ces motifs également, le recours devait être rejeté. Dans sa détermination, l'assurée relève qu'elle soupçonne avoir peut-être été "arnaquée". Elle insiste sur l'urgence de l'intervention qui s'était réalisée en septembre 2010 et proteste de sa bonne foi. Elle conclut en relevant qu'elle ne peut se déplacer pour venir consulter les pièces du dossier et demande que celles-ci lui soient envoyées. La Cour lui a indiqué, par courrier du 30 mai 2011, que les copies lui seraient facturées 15 fr., mais qu'il lui était loisible d'octroyer une procuration à une personne de son choix pour venir consulter ces pièces. Un délai au 17 juin 2011 était octroyé à la recourante pour faire savoir si elle souhaitait l'expédition des pièces. Dans sa duplique du 16 juin 2011, l'assurance relève, notamment, que la facture de 840 LEI couvre, selon les indications de l'hôpital, l'ensemble des frais d'hospitalisation. Quant aux doutes qu'elle éprouve, relatifs à la question de savoir si elle a été bernée, ils ne sont pas pertinents pour déterminer si les frais litigieux sont à charge de l'assurance. Le cas échéant, il appartiendra à l'assurée de se retourner contre le prestataire de soins. L'assurance conclut en maintenant sa position. Invitée une nouvelle fois à venir prendre connaissance des pièces jusqu'au 8 juillet 2011 et à se déterminer, dans le même délai, si elle le souhaite sur la dernière écriture de l'assurance, la recourante ne s'est plus manifestée. Les parties ont été informées qu'à l'issue du délai octroyé à la recourante, la cause était gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Est litigieuse la question de savoir si les frais d'hospitalisations de la recourante de septembre 2010 en Roumanie doivent être pris en charge par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1er). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés en milieu hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut notamment décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), à teneur duquel 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 ce traitement. De jurisprudence constante, par « raisons médicales » au sens de l'art. 34 al. 2 LAMal, il convient d'entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas, en Suisse, d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b). Ce qui est donc déterminant dans le premier cas, 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 (ATF np K 65/03 du 5 août 2003, consid. 2.2). b) 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). Il n'existe donc pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATF np I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). c) En principe, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence est accordée à celle que l'assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). d) En

l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une hernie ombilicale depuis, à tout le moins, début 2009. Dans son premier courrier à l'assurance, le 29 septembre 2010, la recourante a clairement indiqué qu'elle avait consulté un chirurgien lors de son séjour de juin 2010 en Roumanie et pris rendez-vous avec celui-ci pour que l'intervention puisse avoir lieu en septembre 2010. Ce courrier ne fait pas état d'une quelconque urgence qui serait survenue en septembre 2010 et aurait nécessité d'avancer l'intervention prévue. Ce n'est qu'après le refus de l'assurance de prester au motif qu'il ne s'est pas agi d'une intervention rendue nécessaire par des raisons médicales que la recourante s'est prévaluée d'une telle urgence. Elle a en particulier allégué que le risque d'occlusion intestinale était devenu tel que l'opération ne pouvait être retardée. Au vu des premières indications fournies par l'assurée et son changement de la version des faits après avoir pris connaissance des conditions auxquelles des frais hospitaliers encourus à l'étranger sont remboursés en Suisse, il paraît hautement vraisemblable que l'intervention du 8 septembre 2010 était prévue depuis juin 2010. L'assurée soutient que l'intervention était devenue urgente en septembre 2010, mais n'explique pas quelle date, initialement prévue pour l'opération, aurait été avancée. Par ailleurs, si la recourante avait effectivement dû être opérée d'urgence, elle n'aurait pas manqué de le signaler dans sa première correspondance. En effet, une hospitalisation d'urgence est, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un événement marquant pour la personne qui la subit. Il n'est pas vraisemblable qu'un tel événement - qui plus est récent au moment où la recourante a adressé son premier courrier à l'assurance - soit présenté comme une intervention prévue de longue date. Le rapport médical de sortie, daté du 10 septembre 2010 et transmis par l'assurée à l'intimée avec sa première correspondance, ne mentionne pas que l'intervention se serait faite en urgence. Il indique que celle-ci a eu lieu en raison d'une éventration ombilicale. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'un "rapport" du Dr L_____ évoque l'existence d'une éventration ombilicale incarcérée. Ce rapport n'est pas daté. Selon le médecin-conseil de l'intimée, qui a relevé cette divergence, les éléments médicaux et les écrits de l'assurée l'amènent à la conclusion que l'intervention du 8 septembre 2010 n'a pas été rendue nécessaire par une urgence médicale, mais a été planifiée. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, la divergence entre l'avis du Dr L_____ et celui du médecin-conseil ne permet pas de retenir l'avis du premier pour prépondérant. D'une part, ledit rapport du Dr L_____ n'est pas signé. D'autre part, la surfacturation crasse relevée par le Commandant de l'Hôpital militaire affaiblit encore la force probante de l'attestation non datée du Dr L_____. Enfin, le diagnostic du Dr L_____ n'est pas partagé par la personne ayant établi le rapport de sortie. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'avis du médecin-conseil de l'assurance. En conclusion, l'assurance a refusé à juste titre de prester, compte tenu du fait que l'intervention du 8 septembre 2010 ne revêtait pas d'urgence au sens de l'art. 34 al. 2 LAMal. e) La Cour relève que, bien que la recourante ne se soit pas prévaluée de son contrat d'assurance complémentaire, l'issue du litige ne serait pas différente si celui-ci était appliqué. En effet, ce contrat subordonne également la couverture d'assurance en cas d'hospitalisation à la condition de l'urgence, qui en l'espèce n'est pas remplie. 3. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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) ; 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF 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.