RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1835/2004 **ATAS/448/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 11 mai 2006

En la cause

Monsieur G_____, domicilié Chêne-Bourg	recourant
contre	
CMBB GROUPE MUTUEL ASSURANCES, 5, rue du Nord, 1920 Martigny	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur G_____, domicilié à Chêne-Bourg dans le canton de Genève, dispose d'une résidence secondaire en France voisine, à Vetraz-Monthoux.

2. Au cours de l'année 2003, il était assuré auprès de CMBB GROUPE MUTUEL (ci-après : la caisse) pour l'assurance-maladie obligatoire des soins avec franchise de CHF 230.-, ainsi que l'assurance combinée d'hospitalisation (HC) et l'assurance pour soins complémentaires (SC).

3. Le 24 novembre 2003, alors qu'il se trouvait à Vetraz-Monthoux, l'assuré a été pris de subites douleurs thoraciques, pouvant laisser penser à un problème cardiaque. Il a alors demandé à son épouse de l'emmener à l'Hôpital cantonal de Genève en voiture. En cours de route, constatant qu'il présentait des troubles respiratoires, son épouse a décidé de l'emmener à la Clinique de Savoie à Annemasse. Sur place, le médecin urgentiste l'a mis sous perfusion et, compte tenu de la nationalité suisse du patient, a demandé une évacuation à l'Hôpital cantonal de Genève.

4. Le 8 décembre 2003, l'assuré s'est acquitté de la facture de € 448.20, représentant les frais de la consultation en urgence du 24 novembre 2003, et a transmis le reçu à la caisse pour remboursement.

5. Le 12 janvier 2004, la caisse a transmis un formulaire de renseignements à l'assuré. Sur ce document, ce dernier a indiqué qu'il ne connaissait pas le diagnostic précis posé par les médecins; il s'agissait selon lui d'une douleur dorsale et de symptômes d'un infarctus. Le traitement avait été effectué à l'étranger pour des raisons d'urgence et il avait été transféré à Genève où il était resté en observation jusqu'au lendemain.

6. Par courrier du 4 février 2004, la caisse a informé l'assuré que les frais de rapatriement n'entraient pas dans le cadre des prestations remboursables par le biais de l'assurance obligatoire des soins selon la loi y relative. De plus, aucune assurance complémentaire souscrite par l'assuré auprès de la caisse ne prenait en charge les prestations relatives au rapatriement.

7. Le 14 février 2004, l'intéressé s'est opposé à cette décision en indiquant qu'il n'y avait que 3,4 km entre la Clinique de Savoie et la douane suisse. S'il avait été à son domicile principal, le trajet en ambulance n'aurait été raccourci que de 1,5 km, de sorte qu'il n'y avait selon lui pas lieu de considérer qu'il y avait eu rapatriement. Il a demandé que la facture payée par ses soins lui soit remboursée.

8. Par décision formelle du 12 mars 2004, la caisse a confirmé à l'assuré la teneur de son courrier du 4 février 2004. Le rapatriement - c'est-à-dire tout transport d'une personne d'un pays étranger à son pays de domicile - n'était pas remboursé par

l'assurance obligatoire des soins. Dans la mesure où il avait été rapatrié de France en Suisse, cette prestation ne pouvait pas lui être remboursée. De plus, aucune assurance ne prenait en charge le remboursement de tels frais, ce d'autant moins que seuls les rapatriements organisés par l'assurance pouvaient être pris en charge par celle-ci.

9. Par courrier du 24 mars 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a allégué que les médecins avaient approuvé le réflexe de son épouse ce jour-là puisqu'il visait à le sauver avant tout. De plus, le trajet entre la Clinique de Savoie et l'Hôpital cantonal de Genève était de distance quasiment égale à celui menant de son domicile à ce même hôpital.

10. Par décision sur opposition du 5 août 2004, la caisse a confirmé sa décision du 12 mars 2004, au motif que les frais de rapatriement étaient exclus de par la loi des prestations générales en cas de maladie obligatoirement à la charge des assureurs.

11. Par acte du 1er septembre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal de assurances sociales, en concluant au remboursement de la facture relative aux prestations du 24 novembre 2004, ainsi qu'à un dédommagement à charge de l'assurance pour l'avoir « détourné de son travail d'indépendant ». Son écriture était fondée sur ses précédents courriers adressés à l'assurance. Pour le surplus, il soulignait que son épouse avait agi en état de nécessité au sens du Code pénal (art. 34). Il faisait valoir que le litige ne portait que sur une distance de 1,4 km et il n'y avait pas lieu de faire appel à MONDIAL ASSISTANCE dans un cas pareil. Par ailleurs, il faisait remarquer si le transport avait eu lieu en Suisse, la caisse aurait dû en assumer le coût. Enfin, c'était le médecin urgentiste français qui avait pris la décision de l'envoyer à l'Hôpital cantonal, alors que l'assuré n'était lui-même pas en état de juger de ce point en raison de son état de santé. Ce médecin lui avait précisé qu'il aurait certainement des problèmes pour se faire rembourser par son assurance en cas d'hospitalisation en France et que l'Hôpital d'Ambilly n'avait pas l'équipement d'urgence de celui de Genève.

12. Dans sa réponse du 29 octobre 2004, la caisse a conclu au rejet du recours.

13. Par réplique du 11 novembre 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a fait valoir que la décision de le rapatrier avait été prise par les médecins urgentistes et revendiqué « l'obligation de porter secours à des personnes en danger » et « l'état de nécessité ». S'agissant de l'assurance obligatoire des soins, les conditions générales applicables prévoyaient la prise en charge de prestations jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Selon lui, il y avait lieu de partir du principe que la notion « environs » constituait 20 km. et que les accords bilatéraux étaient applicables. De plus, la loi prévoyait une contribution aux frais de transport médicalement

nécessaires et aux frais de sauvetage. Cette loi incluait les États membres de la Communauté européenne. Les conditions générales de l'assurance de soins complémentaires prévoyaient également une prise en charge des frais de transport jusqu'à l'établissement hospitalier ou le médecin le plus proche. Il en allait de même de l'assurance MUNDO et des conditions particulières du GROUPE MUTUEL ASSISTANCE. Dans son propre cas, le litige portait sur une distance de 1,4 km., ce qui entrait dans la notion de proximité. Enfin, il rappelait qu'il avait fait une proposition d'arrangement à l'amiable à l'assurance et que celle-ci l'avait refusée.

14. Dans sa duplique du 17 décembre 2004, la caisse a persisté dans ses conclusions. Elle a tout d'abord rappelé quelles étaient les assurances conclues par le recourant pour l'année 2003, en soulignant que celui-ci ne disposait pas de la couverture privée « MUNDO » pour l'année en question. Pour le surplus, elle a fait valoir que le litige relevait de l'assurance obligatoire des soins et non des assurances complémentaires et qu'enfin, il n'y avait pas lieu de mettre en doute les affirmations du praticien professionnel, telles qu'elles découlaient de la facture litigieuse ; or, elles indiquaient que le montant de € 448,20 était exclusivement à charge de l'assuré.

15. Suite à une instruction diligentée par le Tribunal de céans, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie (ci-après : CPAM) a indiqué que dans un cas identique concernant un assuré français, le transport du domicile à l'hôpital français le plus proche aurait été pris en charge.

16. Interrogé par le Tribunal de céans sur le montant de la facture délivrée à l'assurée et plus précisément sur la part dévolue au transport en Suisse, le Centre hospitalier d'Annemasse a répondu, par courrier du 26 avril 2006, que le montant facturé - soit 448.20 euros - correspondait à trois demi-heures "forfait SMUR", la demi-heure médicalisée étant facturée 149.40 euros.

17. Après transmission de ces courriers aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février,

une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie. Elle est applicable au cas d'espèce, la décision initiale de refus de la caisse datant du 12 mars 2004 et portant sur une demande de remboursement d'une facture de transport en ambulance du 23 novembre 2003.

4. Interjeté dans les délai et forme imposés par la loi le recours est recevable (art. 1 LAMal et 56 à 60 LPGA).

5. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que la caisse intimée a refusé le remboursement de la facture établie par le Centre hospitalier d'Annemasse. L'assuré invoque l'état de nécessité au sens du Code pénal suisse, ainsi que l'obligation de porter secours à une personne en danger. De son côté, la caisse relève principalement que le rapatriement n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

6. Tout d'abord, s'agissant de prestations servies par une institution française à un assuré suisse, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses États membres, sur la libre circulation des personnes (ci-après : ALCP) et son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal peuvent influer sur le litige.

   L'ALCP est entré en vigueur le 1er juin 2002. Selon l'art. 1 par. 1 de l'Annexe II « Coordination des systèmes de sécurité sociale » de l'accord, fondée sur l'art. 8 ALCP et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP), en relation avec la section A de cette annexe, les Parties contractantes appliquent entre elles en particulier le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n° 1408/71), ainsi que le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale

aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n° 574/72), ou des règles équivalentes. L'art. 95a LAMal, entré en vigueur le 1er juin 2002, renvoie par ailleurs directement à ces règlements de coordination.

A noter que l'accord prime également le droit interne. Les dispositions contraires qui figurent par exemple dans la LAMal ou l'OAMal, ne sont toutefois pas modifiées étant donné qu'elles continuent à s'appliquer à l'égard des ressortissants d'États tiers (sous réserve de dispositions contraires des conventions bilatérales de sécurité sociale).

Ces règles prévoient la coordination des régimes de sécurité sociale sur le modèle de la réglementation en vigueur dans l'Union Européenne ; elles visent à éviter que la libre circulation des personnes ne soit entravée par des réglementations nationales restrictives en matière de sécurité sociale. La coordination signifie que les États contractants ne doivent pas modifier leur législation et peuvent continuer à l'adapter en fonction de leurs propres besoins. Ils s'engagent en revanche à respecter un certain nombre de principes et règles communs lors de l'application de leur loi nationale. Au premier rang de ces principes se trouvent l'interdiction de toute discrimination fondée sur la nationalité et le versement intégral des prestations en espèces en cas de domicile dans un autre Etat contractant (...).

S'agissant des prestations, l'accord prévoit que les personnes assurées en Suisse qui tombent malades dans un Etat de la CE y seront traitées comme si elles étaient assurées dans cet Etat, au tarif applicable au niveau national. Les frais seront par la suite facturés à l'assureur suisse. Les assurés seront ainsi mieux traités qu'auparavant (jusqu'alors, la caisse ne prenait en charge qu'au maximum le double des coûts qu'elle aurait payé si le traitement avait eu lieu en Suisse ; FF 1999 p. 5465 et s.).

Ainsi, le cas des prestations servies lors de séjours temporaires sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat compétent (p. ex. tourisme) est régi par l'art. 22 du règlement n° 1408/71. Cet article garantit au travailleur salarié qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'Etat compétent pour avoir droit aux prestations et dont l'Etat vient à nécessiter immédiatement des prestations au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre Etat membre, le droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié, la durée de service des prestations étant toutefois régie par la législation de l'Etat compétent (art. 22 al. 1 let a pt. i). En d'autres termes, en cas de nécessité immédiate, le travailleur bénéficiera des prestations en nature selon la législation de l'Etat de séjour, à la charge de l'assureur compétent.

Différents formulaires officiels permettent aux assurés d'attester leur droit aux prestations et aux institutions concernées de se communiquer les données nécessaires. Il en va ainsi du formulaire E 111, qui permet de bénéficier de prestations de l'assurance-maladie du pays d'accueil lors de voyages ou vacances si l'état de santé de l'assuré l'exige.

En effet, pour bénéficier des prestations en nature en vertu de l'art. 22 al. 1 let. a let. i du règlement, sauf dans le cas visé à l'art. 20 du règlement d'application, le travailleur salarié ou non salarié est tenu de présenter à l'institution du lieu de séjour une attestation certifiant qu'il a droit aux prestations en nature. Cette attestation, qui est délivrée par l'institution compétente à la demande de l'intéressé, si possible avant qu'il ne quitte le territoire de l'Etat membre où il réside, indique notamment, le cas échéant, la durée maximale d'octroi des prestations en nature, telle qu'elle est prévue par la législation de l'Etat compétent. Si l'intéressé ne présente pas ladite attestation, l'institution du lieu de séjour s'adresse à l'institution compétente pour l'obtenir (art. 21 al. 1er du règlement n° 574/72).

Ainsi qu'il ressort de la décision 94/604/CE n° 153 de la commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, du 7 octobre 1993, concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements nos 1408/71 et 574/72 (E 001, E 103E 127) (JO 1994, L 244, p. 22), le formulaire E 111 constitue l'attestation visée à l'art. 31 par. 1 du règlement n° 574/72. Selon ladite décision, ce même formulaire doit également être utilisé dans l'hypothèse visée à l'art. art. 22 al. 1 let. a let. i du règlement n° 1408/71.

L'art. 34 du règlement n° 574/72 prévoit en son alinéa 1er que si les formalités prévues [.] aux articles [.] 31 du règlement d'application n'ont pu être accomplies pendant le séjour sur le territoire d'un État membre autre que l'État compétent, les frais exposés sont remboursés à la demande du travailleur salarié ou non salarié par l'institution compétente aux tarifs de remboursement appliqués par l'institution du lieu de séjour. Selon l'al. 2, l'institution du lieu de séjour est tenue de fournir à l'institution compétente qui le demande les indications nécessaires sur ces tarifs.

La section 7, intitulée «Remboursements entre institutions», du chapitre 1er du titre III du règlement n° 1408/71 comprend l'art. 36 qui est libellé comme suit:

«1. Les prestations en nature servies par l'institution d'un État membre pour le compte de l'institution d'un autre État membre, en vertu des dispositions du présent chapitre, donnent lieu à remboursement intégral.

2. Les remboursements visés au paragraphe 1 sont déterminés et effectués selon les modalités prévues par le règlement d'application visé à l'art. 98, soit sur justification des dépenses effectives, soit sur la base de forfaits.

Dans ce dernier cas, ces forfaits doivent assurer un remboursement aussi proche que possible des dépenses réelles.

S'agissant des dispositions nationales applicables dans la présente procédure pour déterminer le droit aux prestations, il s'agira notamment des art. 613-14, 321 et 322 du Code français de la sécurité sociale et des articles y relatifs figurant dans la partie réglementaire (R322-10 à R322-10-7).

7. En l'espèce, l'assuré a bénéficié de prestations des institutions sociales françaises et en demande le remboursement à son assureur-maladie suisse.

On précisera en préambule que les griefs soulevés relatifs à « l'état de nécessité au sens du Code pénal suisse », ainsi que « l'obligation de porter secours à une personne en danger » ne sauraient être invoqués dans le cadre de la présente procédure administrative, de sorte que le Tribunal de céans n'entrera pas en matière sur ceux-ci.

Par contre, c'est à juste titre que l'assuré a invoqué dans ses écritures l'application de normes supérieures de coordination des régimes de sécurité sociale en vigueur dans l'Union Européenne. En effet, étant donné le caractère international du litige et le fait que l'Etat concerné soit membre de la Communauté européenne, le litige devait en premier lieu être résolu, ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, en faisant application des règlements n°1408/71 et n°574/72. Un renvoi direct à ces dispositions figure par ailleurs à l'art. 95a LAMal.

En l'espèce, la caisse s'est contentée de statuer sur la base du droit suisse, en particulier des art. 25 et 34 LAMal. Au lieu de cela, il lui appartenait de déterminer dans quelles conditions l'assuré pouvait avoir droit au remboursement de la prestation litigieuse. Dans ce cadre, les renseignements idoines auraient dus être requis de la part des institutions françaises. A noter que, contrairement à la caisse, on ne saurait tirer de conclusions du fait que la quittance émise par l'institution française mentionne que l'entier de la facture était à la charge du patient. En effet, ce dernier en a lui-même réglé le montant et ledit document ne constitue qu'un « reçu de versement », de sorte qu'il ne pouvait logiquement subsister de solde à la charge d'un autre organisme. Ce document ne constitue pas une décision relative à la prise en charge des frais par une assurance, mais atteste simplement du fait que l'assuré a assumé lui-même les frais. Ce reçu de versement doit toutefois permettre, selon ce qui figure sur son en-tête, « d'obtenir le remboursement des prestations ».

C'est le lieu de rappeler que dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration, en vertu de l'art. 43 LPGA.

En l'espèce, il ressort des renseignements obtenus auprès de la Caisse primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie que le transfert de l'assuré dans un hôpital aurait été pris en charge. En application du principe selon lequel le recourant, assuré en Suisse, atteint dans sa santé alors qu'il se trouvait dans un Etat de la CE doit y être traité comme s'il était assuré dans cet Etat, au tarif applicable au niveau national, les frais étant par la suite facturés à l'assureur suisse, il convient de faire droit à la demande de l'assuré, qui devra se voir rembourser la facture dont il s'est acquitté.

8. Le recourant demande au surplus l'octroi de dépens.

La question des frais et indemnités de procédure est régie en droit genevois par l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, en vertu duquel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause. L'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 précise que la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de 200 à 10'000 fr.

Selon la jurisprudence, une partie qui agit dans sa propre cause ne peut qu'exceptionnellement prétendre à des dépens. Une telle exception existe si les conditions suivantes sont réalisées cumulativement : la cause est complexe, son enjeu important, le travail effectué était propre à entraver notablement l'activité professionnelle ou à entraîner une perte de gain, s'il est raisonnablement proportionné au résultat obtenu (ATF 110 V 72 consid. 7 et 132 consid. 4d)

En l'espèce, le recourant obtient gain de cause mais n'a pas droit à des dépens puisqu'il n'est pas assisté d'un avocat. De plus, il n'est aucunement établi qu'il ait subi une perte de gain pour mener cette procédure judiciaire. A noter également que l'enjeu ne saurait être qualifié d'important, puisque le litige porte sur le remboursement d'une facture de 448,20 EUR. En conséquence, les conditions cumulatives requises pour l'octroi de dépens à une partie non assistée d'un avocat ne sont pas réalisées.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet dans le sens des considérants.

3. Annule les décisions des 12 mars et 5 août 2004.

4. Condamne la caisse à verser à Monsieur Jacques G_____ le montant de 448,20 EUR.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le