



**EN FAIT**

1. Madame S \_\_\_\_\_, née en 1913, a été victime d'un accident le 15 août 2004 à son domicile. Elle a été hospitalisée jusqu'au 25 août 2004 aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), puis a été transférée dans la Clinique de convalescence de Joli-Mont au Petit-Saconnex jusqu'au 7 septembre 2004.
2. Sa fille, Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à M \_\_\_\_\_ en France, l'a faite transporter en ambulance chez elle.
3. Le 10 septembre 2004, elle est hospitalisée à l'Hôpital de Sète, jusqu'au 17 septembre 2004, puis le 7 octobre 2004, à l'Hôpital de Béziers, ce jusqu'au 22 octobre 2004. Le 15 novembre 2004, une place pour elle s'est libérée à la maison de retraite Bon-Séjour de Versoix.
4. Les 25 septembre, 23 octobre et 10 novembre 2004, Madame G \_\_\_\_\_ a fait parvenir à la CAISSE-MALADIE 57 (ci-après la caisse-maladie) diverses factures pour remboursement relatives aux traitements effectués en France.
5. Par courrier du 14 décembre 2004, la caisse-maladie lui a retourné lesdites factures, considérant qu'il n'y avait pas dans le cas d'espèce urgence dans le sens de la loi sur l'assurance-maladie.
6. Le Docteur A \_\_\_\_\_, médecin à M \_\_\_\_\_ a confirmé à l'attention de la caisse-maladie que l'intéressée, à la suite d'un accident survenu le 15 août 2004 à Genève et d'une courte convalescence sur place, avait été transportée par ambulance à M \_\_\_\_\_ pour être prise en charge par sa fille, que son état nécessitait des soins constants, qu'elle avait pu regagner le 9 novembre 2004 Genève pour la maison de repos du Bon-Séjour dès qu'une place avait pu lui être attribuée (certificat du 11 janvier 2005). Le 4 février 2005, le Docteur A \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressée, a précisé qu'« à sa sortie de Joli-Mont, il était médicalement impensable que la patiente puisse rester seule à son domicile, raison pour laquelle sa fille (domiciliée en France) l'a faite transférer à son domicile. A noter qu'une demande d'entrée à l'EMS de Bon séjour de Versoix avait été faite, mais qu'il n'était malheureusement pas possible pour des raisons de place d'y organiser son entrée ».
7. Par décision du 3 mars 2005, la caisse-maladie a confirmé son refus de prise en charge des factures, à l'exception de deux concernant le transport du 7 octobre 2004 et l'hospitalisation du 7 octobre au 22 octobre 2004, parce qu'elles étaient en relation avec l'urgence.

8. L'intéressée, représentée par sa fille, a formé opposition le 24 mars 2005. Celle-ci insiste sur le fait que sa mère ne pouvait pas vivre seule chez elle à sa sortie de Joli-Mont, son état de santé nécessitant des soins et une surveillance permanente.
9. Par décision sur opposition du 17 mai 2005, la caisse-maladie, rappelant que les traitements effectués en France étant une continuation des traitements subis en Suisse, ils ne représentaient pas un cas d'urgence au sens de l'art. 36 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie.
10. L'intéressée a interjeté recours le 9 juin 2005 contre ladite décision.
11. Invitée à se déterminer, la caisse-maladie a conclu au rejet du recours.
12. Sur quoi, 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 1<sup>er</sup> 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (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 (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 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

---

En l'espèce, les décisions litigieuses datant du 3 mars 2005, la LPGA est applicable.

4. Déposé dans les formes et délai légaux le recours est recevable (articles 56 et 60 LPGA).
5. Par décisions du 3 mars 2005, confirmées sur opposition le 19 mai 2005, la caisse-maladie a refusé de rembourser diverses factures pour des traitements effectués en France, considérant que ces traitements étaient une continuation des traitements subis en Suisse et ne représentaient pas un cas d'urgence.
6. Aux termes de 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 (première phrase). Par «raison médicale», il faut 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 (cf. Message du Conseil fédéral in FF 1992 I 144 ; ATF 128 V 77). Il peut désigner les cas où l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'accouchements à l'étranger pour des raisons autres que médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger.

D'après l'art. 36 al. 2 OAMal (fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal), 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 urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

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 (Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 88 n° 176 ; ATFA non publié K 65/03 du 5 août 2003).

7. En l'occurrence, il est établi que la recourante n'a pas entrepris son voyage en France dans le but d'y suivre un traitement médical à proprement parler mais afin de séjourner chez sa fille parce qu'elle ne pouvait plus depuis son accident vivre seule dans son appartement à Genève.

Le Docteur A \_\_\_\_\_, médecin ayant suivi l'assurée de septembre à novembre 2004 en France, a attesté que l'état de santé de la recourante nécessitait des soins constants (cf. certificat du 11 janvier 2005). Le médecin traitant a confirmé que sa patiente ne pouvait, pour des raisons médicales, rester seule à son domicile.

Force dès lors est de constater, à l'instar de l'intimée, que les soins dispensés en France n'étaient qu'une continuation de ce qui avait été effectué à Genève. La recourante devait s'attendre à devoir consulter un médecin. On ne saurait ainsi admettre que la condition d'urgence soit remplie, étant rappelé que l'intimée a par ailleurs remboursé les frais relatifs à l'hospitalisation en urgence du 7 au 22 octobre 2004 (cf. décomptes des 15 novembre 2004, 22 novembre 2004 et 21 février 2005).

Il ne ressort pas non plus des pièces figurant dans le dossier qu'il existait une quelconque raison médicale faisant obstacle à son retour en Suisse avant d'être hospitalisée le 10 septembre 2004. Il y a lieu de rappeler à cet égard qu'elle avait pu faire le trajet de Genève à M\_\_\_\_\_ à sa sortie de la clinique de Joli-Mont.

Il n'est pas contesté que pour la recourante, séjourner en France chez sa fille était peut-être plus pratique et représentait pour elles deux la solution la plus confortable. D'autres mesures lui permettant de rester chez elle en toute sécurité auraient toutefois pu être prises.

Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

**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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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