

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4281/2008

ATAS/865/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 1^{er} juillet 2009

En la cause

Monsieur E_____, domicilié à Genève

recourant

contre

KPT/CPT CAISSE-MALADIE, sise Case postale 8624, Berne

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur E _____ (ci-après l'assuré ou le recourant) était assuré pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la KPT/CPT CAISSE-MALADIE SA (ci-après : la caisse), jusqu'au 31 décembre 2007.
2. Le 23 juin 2007, l'assuré a subi un accident de la circulation à Allonzier, en France. Il a été hospitalisé en urgence à l'Hôpital d'Annecy et opéré de la clavicule le 25 juin 2007. La caisse a pris en charge les frais de ce traitement.
3. L'assuré a communiqué par la suite à sa caisse diverses factures concernant des prises en charge des suites du traitement consécutif à l'accident du 23 juin 2007, factures émanant de praticiens en France.
4. Par courrier du 12 septembre 2007, la caisse a refusé la prise en charge des frais, au motif que le traitement effectué à l'étranger ne peut être à sa charge, dès lors qu'il aurait dû être effectué en Suisse.
5. La caisse a confirmé son refus par courriers des 24 septembre et 20 novembre 2007.
6. Le 19 mars 2008, l'assuré a sollicité une rencontre avec sa caisse, afin de trouver une solution à l'amiable.
7. Par décision du 22 juillet 2008, la caisse a confirmé son refus de prendre en charge le traitement consécutif à l'accident du 23 juin 2007, effectué sans urgence en France.
8. Le 15 août 2008, l'assuré a formé opposition. Il a fait valoir que l'opération était inéluctable et qu'une opération en Suisse aurait été quoi qu'il en soit à la charge de sa caisse.
9. Par décision du 6 novembre 2008, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a indiqué, qu'à l'exception des soins fournis directement après l'accident, le traitement effectué en France ne l'a pas été en urgence. Or, l'assuré étant domicilié à Genève, il lui appartenait de se faire soigner en Suisse. La caisse relève que l'assurance maladie obligatoire est soumise au principe de la territorialité. Si les conditions de la prise en charge ne sont pas remplies, il n'existe aucun droit aux prestations, pas même en partie.
10. Le 25 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il expose qu'au cours d'un examen postopératoire intervenu au mois d'août 2007, le médecin a constaté un déplacement dangereux de la plaque de soutien et il a décidé de l'opérer d'urgence afin qu'il ne subisse pas de problèmes irréversibles. A partir de ce moment, il est resté sans prise en charge des frais découlant de l'intervention, malgré les multiples relances qu'il a adressées à son assureur. Il expose que s'il avait dû subir une opération en Suisse, cela aurait également engendré des coûts.

11. Dans sa réponse du 8 janvier 2009, la caisse a conclu au rejet du recours, au motif qu'elle ne pouvait prendre en charge les frais de suite de traitement après l'hospitalisation en France, faute de soins d'urgence. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Le suivi aurait dû être effectué en Suisse, pays de domicile du recourant.
12. Par courrier du 9 février 2009, le recourant relève que c'est lors de la consultation postopératoire chez le Docteur L_____ qu'il a été constaté que le matériel était en train de se détacher de la clavicule. C'est pour cela que ce médecin l'a pris en urgence pour une deuxième intervention. Il relève que de toute façon une opération aurait dû être prodiguée et que des frais auraient été inévitables.
13. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties en date du 22 avril 2009. Le recourant a confirmé qu'il était domicilié en Suisse, qu'il a été soigné en urgence à l'Hôpital d'Annecy le 23 juin 2007, suite à l'accident de circulation et qu'il a été opéré le 25 juin 2007 de la clavicule. Par la suite, il a effectué plusieurs contrôles postopératoires en France. La caisse a relevé qu'elle avait pris en charge et reconnu l'urgence pour la période de l'hospitalisation à Annecy en 2007. Le recourant a exposé que la seconde opération effectuée en date du 15 août 2007 a été pratiquée par le médecin qui l'avait opéré la première fois, car la plaque qui était insérée dans la clavicule bougeait. Ensuite, le matériel a dû être enlevé en octobre 2008. Il a expliqué qu'il était allé consulter des médecins aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG) qui n'ont pas voulu procéder à l'ablation du matériel, car il fallait l'accord du médecin opérant. Il a dû s'adresser à un autre médecin privé à Genève, collègue et ami du Docteur L_____. La caisse a expliqué qu'il y a une dizaine de factures établies entre le 2 juillet et le 16 octobre 2007. Or, immédiatement après avoir reçu les factures du 25 juin au 7 août 2007, elle a informé l'assuré que les suites du traitement en France ne pourraient pas être prises en charge et qu'il devait poursuivre le traitement en Suisse après avoir reçu les soins d'urgence en France. Elle a réitéré cet avertissement en date du 24 septembre 2007.

Le recourant a déclaré qu'il avait appelé Madame F_____ le 2 juillet 2007 pour lui demander ce qu'il en était et qu'elle lui avait indiqué que pour la suite postopératoire il pouvait garder le médecin en France. Le représentant de la caisse a proposé, dans la mesure où il aurait été renseigné de la sorte, ce dont il doutait, de prendre encore en charge les deux visites de contrôle des 2 et 21 juillet 2007, mais par les médicaments prescrits. Ces deux factures s'élèvent à 44 euros. L'assuré a déclaré qu'il n'était pas d'accord et souhaitait que la caisse prenne en charge la moitié des factures. Le représentant de la caisse n'a pas accepté la contreproposition de l'assuré, la LAMAL ne l'autorisant pas. Finalement, le recourant n'a pas accepté la proposition de la caisse, pour une question de principe.

14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05)), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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)) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10)) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20)), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA ; RS 221.229.1).

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des factures établies par des praticiens exerçant en France, postérieurement à l'hospitalisation en France.
4. Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, au titre de l'assurance obligatoire de soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33. 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 (première phrase).

Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal, intitulé "Prestations à l'étranger". Selon l'alinéa 1er de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie; cf. ATF 131 V 271 consid. 3.1 p. 274, 128 V 75). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés (RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse

d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, ch. 480 s.). En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 131 V 271 consid. 3.2 p. 275; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2).

Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, 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 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]; EUGSTER, in op. cit., ch. 477).

5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident de circulation en France, qui a nécessité une hospitalisation et une opération de la clavicule le 25 juin 2007.

Il résulte des pièces du dossier que le recourant a pu sortir de l'hôpital d'Annecy le 27 juin 2007, date à laquelle il a pu regagner son domicile à Genève. Il a cependant poursuivi le traitement post-opératoire après cette date, auprès de praticiens en France et notamment du Dr L_____. Dans son rapport du 16 octobre 2007, ce médecin déclare avoir effectué une reprise chirurgicale dans un contexte d'urgence en date du 27 août 2007, en raison d'un déplacement et d'un retard de consolidation.

Force est toutefois de constater que les conditions de l'urgence n'étaient, à l'évidence, plus remplies après le 27 juin 2007, dans la mesure où le suivi post-opératoire ainsi que la nouvelle intervention auraient pu être effectués en Suisse, le recourant ayant pu rentrer à son domicile genevois. Rien ne permet d'affirmer qu'un médecin en Suisse n'aurait pas été en mesure d'intervenir, le cas échéant en urgence, sur la clavicule, à l'instar de son collègue français. Enfin, il y a lieu de relever que l'intimée a signifié immédiatement au recourant, le 12 septembre 2007, qu'elle ne pouvait pas prendre en charge les frais des traitements à l'étranger. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a refusé la prise en charge des factures relatives aux soins qui ont été prodigués au recourant après son hospitalisation.

6. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

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 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) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le