

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2017

Composition : M. MÉTRAL, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Convention AELE ; ALCP ; art. 15 et 17 OLAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité norvégienne, domicilié à [...], était employé, depuis le 1^{er} février 2016, comme collaborateur scientifique au sein de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL). A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 14 janvier 2017, il a été victime d'une chute à ski avec blessure au genou droit, lors de vacances en Autriche. Il a été transporté d'urgence dans un centre médical, puis transféré à la C._____ Arlberg, à St. Anton am Arlberg. Les examens cliniques et une imagerie par résonance magnétique (IRM) ont mis en évidence une déchirure du ligament croisé antérieur, une déchirure du ligament latéral externe, une double déchirure verticale et longitudinale du ménisque externe ainsi qu'une déchirure du ménisque interne du genou droit. Le chirurgien A._____ a opéré l'assuré le soir même à la C._____ Arlberg et a pratiqué une plastie ligamentaire et une suture du ménisque externe et du ménisque interne. Z._____ a pu quitter la clinique le lendemain et est rentré en Suisse où il a suivi la suite du traitement.

L'EPFL a annoncé l'accident à la CNA le 20 janvier 2017. Cet assureur a par la suite accordé une garantie de prise en charge pour les frais de traitement de l'assuré. Le 13 février 2017, la CNA a transmis les factures des différents fournisseurs de soins médicaux autrichiens, pour un montant total de 12'926 euros 56, à la « X._____ », à Innsbruck, avec les formulaires de garantie de prise en charge E 123 et E 126 établis par la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants. La « X._____ » a retourné la formule E 126 à la CNA en indiquant, en substance, qu'elle n'aurait remboursé qu'une somme de 407 euros 15 sur le montant total des factures si l'assuré s'était adressé à elle durant son séjour en Autriche.

Le 2 mai 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne lui rembourserait que 407 euros 15. Ce faible remboursement, malgré des coûts élevés, était lié au fait que les frais des traitements suivis en Autriche étaient remboursés au tarif prévu par la sécurité sociale de ce pays. Or, les traitements à caractère privé ou dispensés dans un établissement privé n'étaient pas pris en charge par la sécurité sociale autrichienne.

L'assuré a contesté ce point de vue par écrit, le 23 mai 2017, et a demandé à la CNA de prendre en charge les frais de traitement non pas selon la législation sociale autrichienne ou une convention internationale, mais selon la législation suisse. Il expliquait dans ce contexte qu'il avait été transféré en urgence vers l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident. Les médecins lui avaient alors fortement conseillé une opération sur place « au plus vite ». N'ayant pas les connaissances médicales nécessaires, il avait fait confiance au médecin de l'établissement privé.

La CNA a maintenu son refus de rembourser un montant supérieur à 407 euros 15 pour les frais de traitement en Autriche, par décision du 9 juin 2017, en se référant à l'Accord entre la Suisse, d'une part, et l'Union européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, conclu le 21 juin 1999 (RS 0.142.112.681), ainsi qu'au Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1). La CNA a précisé, en substance, que selon cet accord international et le règlement cité, les frais de traitement qu'elle devait prendre en charge étaient limités à ceux qui pourraient être pris en charge selon la législation de sécurité sociale autrichienne.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 28 juin 2017. Il a contesté le caractère applicable des normes internationales citées par la CNA au motif qu'il n'était pas de nationalité suisse ni autrichienne, mais norvégienne. Or, la Norvège n'était pas membre de l'Union européenne,

mais de l'Association européenne de libre-échange (AELE). Un accord existait bien entre la Suisse et cette association et ses Etats membres, mais l'Autriche n'y était pas partie, de sorte que cet accord n'était pas applicable en l'espèce. Il existait également une convention bilatérale de sécurité sociale entre la Suisse et l'Autriche, qui ne couvrait toutefois pas les ressortissants d'autres états, sous réserve de conditions particulières non remplies en l'espèce. Il demandait donc l'application de la seule législation suisse, qui lui serait favorable selon son interprétation.

Par décision sur opposition du 21 juillet 2017, la CNA a maintenu son refus de prester au-delà de 407 euros 15, pour les motifs déjà mentionnés précédemment. Elle a observé par ailleurs que les atteintes à la santé subies par l'assuré (lésion du genou) n'empêchaient pas un transfert vers un établissement dont les prestations étaient couvertes par la sécurité sociale autrichienne, voire même vers un établissement hospitalier en Suisse.

B. Z._____ a interjeté un recours de droit administratif devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, le 13 septembre 2017, en concluant, en substance, au remboursement de toutes les factures émises par les fournisseurs de prestations médicales autrichiens. Il a notamment produit un rapport du 11 septembre 2017 du Dr A._____. Selon ce document, en présence d'une blessure « fraîche » du genou comportant une atteinte ligamentaire avec une instabilité multidirectionnelle du genou et plusieurs atteintes méniscales nécessitant une suture, les règles de l'art (« Golden Standard ») commandaient un traitement global aussi rapide que possible. Le Dr A._____ indique ensuite que pour ces motifs, il avait exposé au patient la complexité des lésions constatées et lui avait recommandé une prise en charge opératoire le soir même, en particulier en vue de suturer les lésions méniscales fraîches.

Dans sa réponse du 13 novembre 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, estimant que les arguments du recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position.

Le 23 novembre 2017, le recourant a indiqué n'avoir rien à ajouter.

E n d r o i t :

1. Le recours a été interjeté dans le délai utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) devant le Tribunal des assurances au lieu du domicile du recourant (art. 56 et 58 al. 1 LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Il remplit également les conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. a LPGA et 79 al. 1 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit à la prise en charge des factures émises par les fournisseurs de prestations médicales autrichiens en faveur du recourant, à la suite de l'accident du mois de janvier 2017. Dès lors que le différend porte sur une valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause relève de la compétence d'un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

3. a) La Suisse est partie à plusieurs traités internationaux dont l'objectif est notamment de favoriser la libre circulation des personnes entre la Suisse et d'autres états européens. Il s'agit en particulier de la Convention instituant l'Association Européenne de Libre-Echange, conclue à Stockholm le 4 janvier 1960, dans sa version consolidée selon l'Accord de Vaduz du 21 juin 2001 (RS 0.632.31; ci-après : Convention AELE), et de l'Accord entre la Confédération Suisse, d'une part, et l'Union européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, conclu le 21 juin 1999 (RS 0.142.112.681 ; ci-après : ALCP). Ces deux accords internationaux renvoient très largement à des règlements européens de coordination des régimes de sécurité sociale (art. 21 de la Convention AELE et appendice 2 de l'annexe K à cette convention ; art. 8 de l'ALCP, et annexe II à cet accord). Ils prévoient de les appliquer pour les relations entre les états parties. Parmi ces règlements figure le Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004

portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ainsi que le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale, dans des versions adaptées à la Convention AELE et à l'ALCP ([RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11] ; ci-après : R 883/2004 et R 987/2009).

b) Le R 883/2004 prévoit qu'en cas de séjour d'une personne assurée soumise à la législation d'un Etat membre dans un autre Etat membre, cette personne bénéficie des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires d'un point de vue médical au cours du séjour, compte tenu des prestations et de la durée du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si la personne concernée était assurée en vertu de cette législation (art. 19 par. 1 R 883/2004). Les prestations en nature visées par cette disposition sont celles qui s'avèrent nécessaires d'un point de vue médical afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'Etat membre compétent afin d'y recevoir le traitement nécessaire (art. 25 par. 3 R 987/2009). Les prestations en nature servies par l'institution d'un Etat membre pour le compte de l'institution d'un autre Etat membre, compte tenu de ce qui précède, donnent lieu à remboursement intégral (cf. art. 35 par. 1 R 883/2004). En pratique, si la personne concernée a supporté directement les coûts des traitements médicaux nécessaires, elle peut en demander le remboursement par l'institution compétente du lieu de séjour. Dans ce cas, cette dernière lui rembourse les frais encourus dans les limites et conditions des tarifs de remboursement prévus par sa législation. Elle demande ensuite à l'institution compétente de lui rembourser à son tour les prestations effectuées (art. 25 par. 4 R 987/2009 et art. 35 par. 1 R 883/2004). La personne concernée peut également demander le remboursement des frais encourus directement auprès de l'institution compétente de l'Etat dans lequel elle est assurée. Dans ce cas, l'institution compétente lui rembourse les frais conformément aux tarifs pratiqués par

l'institution du lieu de séjour et aux montants qui auraient pu faire l'objet d'un remboursement par cette institution. L'institution du lieu de séjour fournit à l'institution compétente qui le demande les indications nécessaires sur ces tarifs ou montants (cf. art. 25 par. 5 R 987/2009).

c) En l'espèce, l'intimée a considéré que les R 883/2004 et 987/2009 étaient applicables. Elle s'est renseignée auprès de l'institution compétente du lieu de séjour — X. _____ —, qui a indiqué qu'un montant limité à 407 euros 15 était remboursable en application de la législation autrichienne. Au vu de ces renseignements, force est de constater que l'application des dispositions mentionnées ci-avant n'ouvre pas droit au remboursement d'un montant plus important au recourant, par l'intimée.

d) Cette dernière a précisé que les frais de traitement dans une clinique privée autrichienne, telle que la C. _____ Arlberg, n'étaient pas remboursés par la sécurité sociale autrichienne, ce qui expliquait les renseignements communiqués par l'institution du lieu de séjour concernant le remboursement d'un montant très limité au regard de la totalité des frais de traitement. Dans ce contexte, le recourant expose qu'il n'a pas eu le choix du prestataire de soins et que l'urgence a imposé son hospitalisation à la C. _____ Arlberg. Il n'appartient toutefois pas à l'intimée ni à la Cour de céans de déterminer si une situation d'urgence peut justifier une prise en charge des frais d'hospitalisation en clinique privée selon la législation autrichienne. Si le recourant souhaite soulever cette question, il lui appartient de demander le remboursement de ses frais à l'institution du lieu de séjour (X. _____) conformément à l'art. 25 par. 4 R 987/2009. En cas de refus, il pourra utiliser les voies de droit à sa disposition devant les autorités autrichiennes.

4. a) Le recourant demande la prise en charge des factures litigieuses en application de la seule législation suisse. Il se réfère sur ce point à l'art. 17 OLAA.

b) Aux termes de l'art. 16 al. 2 de l'appendice 2 à l'annexe K à la Convention AELE, les Etats parties à cette convention s'engagent à tenir

compte de la jurisprudence pertinente rendue par la Cour de justice de l'Union européenne jusqu'au 21 juin 1999. Or, selon une jurisprudence constante de cette Cour de justice, déjà avant le 21 juin 1999, l'application des règles de coordination prévues par la législation européenne ne doit pas conduire à une solution moins favorable pour le travailleur migrant ou les membres de sa famille que l'application du seul droit national (CJCE, arrêt du 27 février 1997, Bastos Moriana e.a., C-59/95, point 17, ECLI :EU :C :1997 :88, point 17 ; CJCE arrêt du 21 octobre 1975, Petroni, C-24/75, ECLI :EU :C :1975 :129 ; cf. également TF 8C_468/2009 du 11 mai 2010 consid. 3.5.1; BETTINA KAHIL-WOLFF, La coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale, *in* : Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2016, N 47 p. 208).

c) Selon l'art. 17 OLAA ([ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] en relation avec l'art. 10 al. 3 LAA), les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger sont remboursés jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui seraient résultés d'un traitement en Suisse. Par « frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger », il faut entendre les frais de traitement à l'étranger qui n'auraient pas pu être évités par un traitement dans une division commune d'un hôpital conventionné en Suisse, conformément à l'art. 15 al. 1 OLAA. En effet, lorsque la personne assurée choisit de se faire hospitaliser en division privée d'un hôpital conventionné ou dans un autre hôpital en Suisse, seuls sont remboursés les frais qui auraient été occasionnés en division commune ou dans l'hôpital le plus proche qui soit approprié (art. 15 al. 2 OLAA). Il n'y a aucun motif de traiter plus favorablement la personne assurée qui choisirait de se faire hospitaliser à l'étranger.

d) Le recourant est assuré par l'intimée en application de l'art. 1a al. 1 let. a LAA, indépendamment de sa nationalité et de l'application ou non de la Convention AELE. Pour autant que son hospitalisation et son traitement à la «C. _____ Arlberg » aient été nécessaires médicalement, en raison de leur urgence ou du caractère non transportable du recourant dans un hôpital conventionné en Suisse voisine, il a droit, en application

de la seule législation nationale, à la prise en charge des frais jusqu'à concurrence du double de ceux qui seraient résultés d'un traitement en Suisse, conformément à l'art. 17 OLAA, sans que la Convention AELE lui soit opposable.

e) L'intimée a précisé dans la décision sur opposition du 21 juillet 2017 qu'une lésion du genou telle que subie par le recourant ne saurait être considérée comme nécessitant un traitement sans attendre le transfert vers un établissement en Suisse. Ce constat ne repose sur aucune pièce médicale au dossier et paraît contredit par le rapport du 19 septembre 2017 du Dr A._____. En l'absence de toute mesure d'instruction sur ce point, il ne peut être confirmé sans vérification. Il appartiendra donc à l'intimée, à qui la cause sera renvoyée, d'instruire le dossier sur ce point et de statuer à nouveau sur le droit aux prestations litigieuses.

5. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA) et ne donne pas lieu à l'octroi de dépens, le recourant n'étant pas représenté par un avocat (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
le juge unique**

prononce :

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) est annulée et la cause est renvoyée à cette dernière pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Z. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :