

10 mars 2023

Cour d'appel de Paris

RG n° 21/07349

Pôle 6 - Chambre 13

Texte de la décision

Entête

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

COUR D'APPEL DE PARIS

Pôle 6 - Chambre 13

ARRÊT DU 10 Mars 2023

(n° 176 , 9 pages)

Numéro d'inscription au répertoire général : S N° RG 21/07349 - N° Portalis 35L7-V-B7F-CEHDB

Décision déferée à la Cour : jugement rendu le 12 Juillet 2021 par le Pole social du TJ de PARIS RG n° 18/01665

APPELANTE

SERVICE JURIDIQUE ET CONTENTIEUX

[Adresse 1]

[Localité 3]

représentée par Me Florence KATO, avocat au barreau de PARIS, toque : D1901

INTIMEE

Mademoiselle [T] [G]

[Adresse 2]

[Localité 3]

comparante en personne, assistée de Me Valérie SELLAM BENISTY, avocat au barreau de PARIS, toque : D0136

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 05 Janvier 2023, en audience publique, devant la Cour composée de :

Madame Laurence LE QUELLEC, Présidente de chambre

Monsieur Gilles REVELLES, Conseiller

Madame Natacha PINOY, Conseillère

qui en ont délibéré

Greffier : MadameAlice BLOYET, lors des débats

ARRÊT :

- CONTRADICTOIRE

- prononcé

par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile.

-signé par Madame Laurence LE QUELLEC, Présidente de chambre et Madame Fatma DEVECI, greffière à laquelle la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

La cour statue sur l'appel interjeté par la caisse primaire d'assurance maladie de [Adresse 6] (la caisse) d'un jugement rendu le 12 juillet 2021 par le pôle social du tribunal judiciaire de Paris dans un litige l'opposant à Mme [T] [G].

Exposé du litige

FAITS, PROCÉDURE, PRÉTENTIONS ET MOYENS DES PARTIES :

Mme [T] [G], née le 13 janvier 1988, a été victime d'un choc septique et a subi l'amputation de ses deux avant-bras et de ses deux jambes en 2007.

Par courrier daté du 10 février 2016 adressé à Mme [G], portant pour objet : ' refus pour soins programmés (ou effectués) hors EEE/Suisse', la caisse a refusé la prise en charge de soins à l'étranger dans les termes suivants :

'Vous avez demandé une autorisation préalable pour effectuer une intervention à Philadelphie (U.S.A).

La prise en charge de tels soins ne peut intervenir que sur avis favorable du service médical si vous pouvez établir que le bénéficiaire désigné ci-dessus ne peut (ou ne pouvait) bénéficier d'un traitement identique dispensé sur le territoire français.

Monsieur le Médecin Conseil National a émis un avis défavorable à votre demande, votre situation ne correspondant pas à ce critère.

En conséquence, les soins en cause ne seront pas pris en charge'.

Une double greffe des avant-bras a été pratiquée à l'Hôpital [8] les 22 et 23 août 2016. Mme [G] a reçu des soins aux Etats-Unis du 22 août au 10 octobre 2016. 10 mars 2023

Par lettre recommandée avec avis de réception, datée du 28 mars 2018, expédiée le 3 avril 2018 et réceptionnée le 6 avril 2018, Mme [G] a saisi, par l'intermédiaire de son conseil, la commission de recours amiable de la caisse aux fins de contester le refus de prise en charge du 10 février 2016.

Par lettre recommandée avec avis de réception, datée du 28 mars 2018, expédiée le 17 avril 2018, Mme [G] a saisi, par l'intermédiaire de son conseil, le tribunal des affaires de sécurité sociale de [Adresse 6] d'un recours à l'encontre de la décision de refus de prise en charge des frais liés aux soins prodigués à l'Hôpital [8].

Par jugement du 21 octobre 2019, le tribunal de grande instance de Paris, auquel le dossier a été transféré, a ordonné la réouverture des débats, afin de production des pièces et conclusions de la caisse.

Par jugement en date du 12 juillet 2021, le tribunal judiciaire de Paris a :

- annulé la décision de la caisse du 10 février 2016 ;
- condamné la caisse à verser à Mme [T] [G] la somme de 765 851,05 dollars ;
- dit que la somme sera convertie en euros en fonction de la parité dollars/euros applicable le 12 juillet 2021 .
- débouté les parties de leurs autres demandes ;
- condamné la caisse à verser à Mme [T] [G] la somme de 5 000 euros au titre des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile ;
- dit n'y avoir pas lieu d'ordonner l'exécution provisoire du jugement ;
- dit que la caisse devra supporter les éventuels dépens, qui comprendront notamment la somme de 2 410 euros payée par Mme [G] au titre des frais de traduction des factures de l'hôpital.

Pour statuer ainsi, après avoir rappelé les dispositions de l'article R.160-4 du code de la sécurité sociale, le tribunal a retenu qu'il résulte des pièces versées aux débats que Mme [G] ne pouvait de 2007 à 2016, être opérée en France ; qu'elle était bien fondée à être opérée en un endroit où l'opération pouvait être réalisée, en l'espèce aux Etats-Unis ; que la caisse n'a jamais prouvé que l'intéressée pouvait être opérée à [Localité 3] ou à [Localité 5], comme elle l'a soutenu en 2015 et 2016 ; que les soins appropriés à l'état de Mme [G] ne pouvaient pas être réalisés en France ; que la décision de la caisse du 10 février 2016 devait être annulée, puisque le critère visé au troisième alinéa de l'article susvisé était rempli ; que la totalité des sommes figurant sur la facture récapitulative est justifiée par les soins prodigués à Mme [G], à l'exception des sommes au titre de la chambre et de la pension ainsi qu' au titre de la pharmacie, les pièces aux débats ne comportant aucune précision sur la nature et le détail des prestations fournies concernant ces postes de facturation.

Moyens

Par ses conclusions écrites ' d'appelante' soutenues oralement et déposées à l'audience par son conseil, la caisse demande à la cour, au visa des articles R.142-18, R.161-11, R.332-2 devenu R.160-4 du code de la sécurité sociale et de l'article 1240 du code civil, par voie d'infirmerie du jugement déféré, de :

A titre principal,

- déclarer irrecevable le recours de Mme [G] ;

A titre subsidiaire,

- débouter Mme [G] de l'ensemble de ses demandes ;

En toute hypothèse,

- condamner Mme [G] en tous les dépens.

Par ses conclusions écrites 'd'intimée récapitulatives n°4" soutenues oralement et déposées à l'audience par son conseil, Mme [T] [G] demande à la cour, au visa des articles R.142-1-A, R.332-2 alinéa 3, devenu R.160-4, D. 160-4 du code de la sécurité sociale, de l'article 49 du Traité du 26 mars 1957, de l'article 81 de la loi de Financement de la sécurité sociale pour 2017, des articles R.160-2-II, L. 160-30-5 du code de la sécurité sociale, des articles R.6123-82, L.1110-1 et L.1110-5 du code de la santé publique, de l'article 1240 du code civil, des articles 564 et 954 du code de procédure civile, de :

- déclarer recevable mais mal fondé l'appel de la caisse ;

- déclarer recevable et bien fondé son appel incident ;

A titre principal,

- déclarer recevable son recours devant la commission de recours amiable le 28 mars 2018;

- déclarer recevable sa requête devant le tribunal des affaires de sécurité sociale le 30 avril 2018;

- confirmer le jugement en ce qu'il a prononcé la nullité de la décision de refus de prise en charge de la caisse du 10 février 2016 ;

- confirmer le jugement en ce qu'il a condamné la caisse à lui payer la somme de

765 581,05 dollars (convertie en euros en fonction de la parité dollars/euros applicable à la date du prononcé de l'arrêt à

intervenir) outre le taux de l'intérêt légal à compter de la notification du jugement dont appel du 23 juillet 2021 ; ^{10 mars 2023}

A titre subsidiaire,

- 'constater que la caisse suggère une prise en charge partielle qui se limiterait au montant auquel un établissement français aurait pu prétendre en application des règles de la T2A, c'est à dire à la somme de 374 000 euros (= 187 000 euros x 2 greffes) dont Mlle [T] [G] prend acte mais qu'elle juge insuffisante et non satisfaisante' ;

- condamner dans cette hypothèse la caisse à lui payer la somme de 374 000 euros ;

- condamner dans cette hypothèse la caisse à lui payer la somme complémentaire de

271 076,34 euros pour parvenir à la somme jugée de 645 076,34 en principal (hors article 700 du code de procédure civile et hors remboursement des frais de traduction des 94 factures de l'Hôpital [7]) outre le taux de l'intérêt légal à compter de la notification du jugement dont appel du 23 juillet 2021 ;

Y ajoutant,

A titre incident,

- infirmer partiellement le jugement en ce qu'il a écarté la demande de prise en charge de ses frais de pharmacie d'un montant de 200 043 dollars ;

- condamner la caisse à lui payer les frais de pharmacie d'un montant de 200 043 dollars

(convertis en euros en fonction de la parité dollars/euros applicable à la date de prononcé de l'arrêt à intervenir) ;

- infirmer partiellement le jugement en ce qu'il a écarté la demande de prise en charge de ses frais de chambre particulière (et de pension) d'un montant de 166 023 dollars ;

- condamner la caisse à lui payer les frais de chambre particulière (et de pension) d'un montant de 166 023 dollars (convertis en euros en fonction de la parité dollars/euros applicable à la date du prononcé de l'arrêt à intervenir) ;

En tout état de cause,

- condamner la caisse à lui payer une somme de 60 000 euros à titre de dommages et intérêts en réparation du préjudice moral qu'elle subit sur la période de 2016 à 2022 ;

- confirmer le jugement en ce qu'il a condamné la caisse à lui payer la somme de 5 000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'aux entiers dépens de première instance, y compris ceux de 2 410 euros qui sont les frais de traduction des 94 factures de l'hôpital de [8] ;

Y ajoutant,

- condamner la caisse à lui payer la somme de 20 000 euros supplémentaires au titre de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'aux entiers dépens d'appel, dont distraction sera faite au profit de Maître Valérie Sellam Benisty, avocat, conformément à l'article 699 du code de procédure civile.

Motivation

SUR CE :

- Sur la recevabilité du recours :

La caisse soulève le moyen tiré de l'irrecevabilité du recours au visa de l'article R.142-18 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable au litige, au motif que Mme [G] a saisi de façon concomitante la commission de recours amiable et le tribunal ; qu'aucune décision explicite ou implicite n'avait été rendue par la commission de recours amiable saisie le 6 avril 2018 avant la saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale le 18 avril 2018, date d'envoi du courrier ; que même en retenant la date du courrier de réception du recours par le tribunal le 30 avril 2018 comme invoquée par Mme [G], la saisine du tribunal était prématurée ; que Mme [G] ne peut invoquer le fait que les voies et délais de recours ne lui avaient pas été notifiés pour combattre l'irrecevabilité dans la mesure où il ne lui est pas opposé la forclusion de son recours mais de ne pas avoir laissé le temps à la commission de recours amiable de rendre une décision au moins implicite de rejet avant la saisine du tribunal.

Mme [G] réplique que la commission de recours amiable a été saisie le 28 mars 2018 mais ne s'est jamais manifestée jusqu'à ce jour ; qu'elle a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale le 30 avril 2018, à l'expiration du délai d'un mois du recours amiable ; que la saisine du tribunal qui n'a pas privé la commission de recours amiable de prendre position n'est pas précoce mais constitue une garantie qui ne cause aucun grief ; qu'en l'absence d'accusé de réception de la commission de recours amiable mentionnant les voies et délais de recours contentieux, le recours est recevable, aucune forclusion ne pouvant lui être opposée.

Il résulte des articles R.142-6 et R.142-18 du code de la sécurité sociale, dans leur version applicable à l'espèce, que le délai de recours contentieux ne peut être opposé au requérant si celui-ci n'a pas été informé dudit délai.

En l'espèce, force est de constater que la lettre de la caisse du 10 février 2016 comportant refus pour soins programmés ne comprenait aucune indication des voies et délais de recours ; que par lettre recommandée avec accusé de réception en date du 28 mars 2018, réceptionnée le 6 avril 2018, (pièce n° 22 des productions de l'intimée) Mme [G] a saisi la commission de recours amiable d'un recours contre la décision de la caisse de refus de prise en charge, respectant ainsi la formalité substantielle du recours préalable ; que par lettre recommandée du 28 mars 2018, postée le 17 avril 2018, Mme [G] a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de sa contestation, la date du 30 avril 2018, correspondant à l'accusé de réception du recours par le secrétariat du tribunal ne constituant pas la date de saisine de la juridiction contrairement à ce qui est invoqué. L'absence de décision implicite de rejet à l'expiration du mois de la saisine de la commission de recours amiable, lors de la saisine de la juridiction par Mme [G] ne peut lui être opposée, faute pour la

10 mars 2023

prévalant de l'absence de notification par lettre recommandée avec accusé de réception, du défaut de la mention des délais et des voies de recours et de l'absence de signature de l'auteur de la décision de refus en violation des dispositions de l'article L.212-1 du code des relations entre le public et l'administration, alors qu'au surplus le refus émane d'un service générique.

L'absence de notification par lettre recommandée avec avis de réception de la décision de refus de prise en charge, ainsi que l'absence de mention des voies et délais de recours portée dans la décision du 10 février 2016 ne sauraient constituer une cause de nullité de la décision mais sont seules de nature à empêcher la caisse d'opposer la forclusion du recours.

L'omission des mentions prescrites par l'article 4, alinéa 2, de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000, devenu l'article L. 212-1 du code des relations entre le public et l'administration n'affecte pas la validité de la décision dès lors que celle-ci mentionne la dénomination de l'organisme qui l'a prise. En l'espèce, même si la décision du 10 février 2016 comporte la mention ' Pour le responsable [F] [D]' et ne comporte pas la signature de son auteur, pour autant la lettre de refus fait mention de l'organisme qui l'a prise, soit 'l'assurance maladie de [Localité 3]', 'Services des relations internationales Pole Juridique' et rien ne permet de suspecter que la décision prise n'ait pas été approuvée par Mme [V], de sorte que l'absence de signature n'affecte pas la validité de la décision.

La caisse relève s'agissant des nullités de fond invoquées qu'aucun texte n'impose de joindre à la décision de refus de prise en charge l'avis du médecin conseil ; qu'en toute hypothèse le professeur [Y] qui suivait Mme [G] avait connaissance de l'avis du service médical puisque le médecin conseil lui a écrit le 22 février 2016 pour lui faire part de sa position ; que le médecin conseil a considéré qu'il n'existait pas d'impossibilité de réaliser une double greffe sur le territoire national dans la mesure où un protocole de recherche médico-économique sur les allogreffes composites vascularisées était en cours.

Mme [G] invoque que l'avis consultatif du médecin conseil n'a pas été joint à la décision de refus critiquée ; que la réponse adressée par le médecin conseil national au professeur [Y] le 22 février 2016, ne constitue pas l'avis consultatif du médecin conseil qui doit être préalable à la décision ; que la caisse se contente d'évoquer un avis défavorable du médecin conseil qui n'a jamais été rendu, n'a jamais été joint au refus et fait échec à la validité de la décision en application de l'article L.311-2 , L.114-7 et L.211-2 du code des relations entre le public et l'administration ; qu'en application de l'alinéa 6 de l'article L.211-2 du même code, les décisions de refus de prise en charge doivent être motivées, qu'en application de l'article L.221-5 la motivation est formalisée par un écrit, qui doit comporter l'énoncé des considérations de fait et de droit qui constituent le fondement de la décision.

Aucun texte n'impose de joindre au refus de prise en charge l'avis du médecin conseil national à peine de nullité de la décision.

Il convient de constater que la décision du 10 février 2016 comporte l'indication de ce que 'la prise en charge de tels soins ne peut intervenir que sur avis favorable du service médical si vous pouvez établir que le bénéficiaire désigné ci-dessus ne peut (ou ne pouvait) bénéficier d'un traitement identique dispensé sur le territoire français' et que 'Monsieur Le Médecin Conseil National a émis un avis défavorable à votre demande, votre situation ne correspondant pas à ce critère' et comportait en pièce jointe les dispositions de l'article R.332-2-3ème alinéa du code de la sécurité sociale (pièce

n° 1 des productions de l'intimée), de sorte qu'elle comporte une motivation suffisante en fait et en droit.

De plus, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale en application des articles 5 et 12 du code de procédure civile, de se prononcer sur le litige dont elle est saisie, peu important les éventuelles irrégularités affectant la motivation de la décision de l'organisme de sécurité sociale au regard des dispositions des articles L. 211-1 et suivants du code des relations entre le public et l'administration.

En conséquence, c'est à tort que Mme [G] invoque la nullité de la décision de refus de prise en charge aux fins d'obtenir une prise en charge des soins.

- Sur les conditions de la prise en charge :

La caisse invoque que par exception au principe de territorialité, les organismes de sécurité sociale peuvent prendre en charge des frais médicaux engagés sur le territoire d'un pays étranger par leurs assurés mais qu'il s'agit d'une simple faculté et non d'une obligation ; que c'est en violation de l'article R.160-4 du code de la sécurité sociale que le tribunal est revenu sur la décision de la caisse au motif qu'elle ne prouvait pas que Mme [G] pouvait recevoir des soins appropriés en France ; que cet article ne crée aucun droit à la prise en charge des soins réalisés à l'étranger mais ouvre seulement à la caisse une faculté d'accorder une prise en charge exceptionnelle sur avis du service médical, lequel s'impose à elle ; qu'il ne peut être fait grief à la caisse d'avoir refusé à Mme [G] la prise en charge de soins à l'étranger, laquelle s'oppose au principe de territorialité, en appliquant purement et simplement l'avis de son médecin conseil; qu'en toute hypothèse, l'éventuelle prise en charge des frais de santé occasionnés à l'étranger si elle est acceptée par la caisse, ne peut se faire que sur la base de remboursement applicable en France.

Mme [G] réplique en substance que l'incapacité de la France à lui proposer la double greffe des mains et avant-bras en février 2016 ressort des courriers échangés entre les autorités sanitaires et le professeur [Y] ; qu'elle a fait l'objet d'une radiation de la liste nationale d'attente de greffe en février 2016 ; que la réponse de l'agence de la biomédecine du 4 mars 2016, constitue la preuve de l'incapacité de la France de pratiquer une double greffe entre 2013 et 2016, ce que confirme le témoignage du professeur [Y] ; qu'elle répond en tous points aux conditions de l'alinéa 3 de l'article R.160-4 du code de la sécurité sociale.

L'article R.160-4 du code de la sécurité sociale dispose que :

'Les caisses d'assurance maladie peuvent procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 qui sont tombés malades inopinément, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.

Lorsque les personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité

10 mars 2023
sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Indépendamment des cas prévus à l'alinéa ci-dessus, les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse à une personne bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état. Les caisses d'assurance maladie réexaminent la situation en fonction de l'état de santé du patient et de l'offre de soins disponible à la date des soins, en France ou dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse.'

Il résulte des dispositions de l'alinéa 3 de l'article susvisé applicable au litige que la prise en charge des soins dispensés à l'étranger ne constitue pour les organismes sociaux qu'une simple faculté, à titre exceptionnel et après avis favorable du contrôle médical et que les juridictions contentieuses ne peuvent substituer leur appréciation à celle de la caisse.

En l'espèce, sans méconnaître le fait que Mme [G] en l'absence de cadre financier et juridique adapté, a été placée en février 2016, en contre-indication temporaire sur la liste nationale d'attente de greffe (pièce n° 66 des productions de l'intimée), sans méconnaître qu'en février 2016, le protocole de recherche médico économique ' [4]' piloté par les Hospices Civils de [Localité 5] n'était pas opérationnel (pièce n°3 des productions de l'intimée), sans méconnaître qu'il n'existait pas à l'époque d'autre service qui pouvait l'accueillir et qu'elle s'est tournée vers une équipe étrangère pour pouvoir bénéficier de la double greffe ainsi qu'il résulte de l'attestation du Professeur [Y], sans méconnaître la situation particulièrement digne d'intérêt de Mme [G], il convient de retenir que la juridiction de sécurité sociale ne pouvait se substituer à l'appréciation de la caisse, elle même tenue par l'avis défavorable du contrôle médical, pour décider d'une prise en charge des soins dispensés à l'étranger, le jugement devant être infirmé de ce chef. Par ailleurs, il résulte des écritures de la caisse que contrairement à ce qu'invoque Mme [G], la caisse procède au seul rappel de ce qu'en toute hypothèse un remboursement ne peut être accepté que sur la base du montant auquel un établissement français aurait pu prétendre en application des règles de tarification, ce qui ne se confond pas avec le soutien budgétaire du ministère des affaires sociales et de la santé consenti en 2013.

Il résulte de ce qui précède que Mme [G] ne peut qu'être déboutée de l'ensemble de ses demandes relatives à la prise en charge de ses soins dispensés à l'étranger.

- Sur la demande de dommages et intérêts :

La caisse soulève le moyen tiré de l'irrecevabilité de la demande nouvelle en cause d'appel. Elle invoque au surplus que l'application des textes d'ordre public ne peut être constitutive d'une atteinte au principe d'égalité ; que le préjudice n'est pas justifié.

Mme [G] se prévalant de la recevabilité de sa demande de dommages et intérêts au regard de l'article 564 du code de procédure civile en présence d'un fait nouveau constitué par le courrier de l'agence de la biomédecine en date du 4 mars 2016, fait valoir qu'elle a subi un préjudice moral en lien direct avec la décision de refus de prise en charge du 10 février 2016 et les irrégularités l'affectant ; que sa demande repose sur la perte de chance pour elle, d'avoir été opérée dans de bonnes conditions en France, à proximité de sa famille, en évitant de se rendre aux Etats-Unis à ses frais avancés.

L'article 564 du code de procédure civile dispose que : " A peine d'irrecevabilité relevée d'office, les parties ne peuvent soumettre à la cour de nouvelles prétentions si ce n'est pour opposer compensation, faire écarter les prétentions adverses ou faire juger les questions nées de l'intervention d'un tiers, ou de la survenance ou de la révélation d'un fait".

L'article 565 du même code dispose que : " Les prétentions ne sont pas nouvelles dès lors qu'elles tendent aux mêmes fins que celles soumises au premier juge, même si leur fondement juridique est différent."

Enfin, l'article 566 du même code, dispose que : ' Les parties ne peuvent ajouter aux prétentions soumises au premier juge que les demandes qui en sont l'accessoire, la conséquence ou le complément nécessaire.'

La demande de condamnation de la caisse au paiement de dommages et intérêts n'a pas été formée par Mme [G] en première instance, ainsi qu'il résulte du jugement du tribunal judiciaire de Paris qui ne fait pas état d'une telle demande et ainsi qu'il résulte des conclusions de Mme [G] (page 46) établissant qu'elle forme 'une demande additionnelle à caractère incident à titre de dommages et intérêts (...) pour la première fois' . Mme [G] ne saurait valablement soutenir que le courrier de l'agence de la biomédecine en date du 4 mars 2016, dont elle a été destinataire (pièce n° 66 de ses productions) constitue la révélation d'un fait nouveau.

La demande de condamnation à des dommages et intérêts formulée par Mme [G] en cause d'appel, à l'encontre de la caisse, d'une nature différente de l'action tendant à obtenir la prise en charge des soins dispensés à l'étranger, ne tend donc pas aux mêmes fins que celle soumise aux premiers juges au sens de l'article 565 du code de procédure civile.

Elle n'apparaît pas non plus être l'accessoire, la conséquence ou le complément nécessaire des prétentions initiales de Mme [G] au sens de l'article 566 du même code et elle n'était pas plus virtuellement comprise dans les prétentions présentées en première instance.

La demande de dommages-intérêts constitue donc une demande nouvelle au sens de l'article 564 du code de procédure civile et doit donc être déclarée irrecevable à ce titre.

- Sur les autres demandes :

Succombant en appel, comme telle tenue aux dépens, Mme [G] sera déboutée de sa demande au titre des ^{10 mars 2023} frais irrépétibles.

Dispositif

PAR CES MOTIFS :

LA COUR,

DÉCLARE l'appel recevable ;

DÉCLARE Mme [T] [G] recevable en son recours ;

INFIRME le jugement déferé en toutes ses dispositions ;

Statuant à nouveau,

DÉBOUTE Mme [T] [G] de l'ensemble de ses demandes formées à l'encontre de la caisse primaire d'assurance maladie de [Adresse 6] aux fins de paiement de ses frais médicaux à l'étranger ;

DÉCLARE irrecevable la demande de Mme [T] [G] au titre des dommages et intérêts;

DÉBOUTE Mme [T] [G] de sa demande au titre des frais irrépétibles de première instance et d'appel ;

CONDAMNE Mme [T] [G] aux dépens.

