

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2012 1213 vom 9. April 2014**

BE Verwaltungsgericht, 2014-04-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2012\\_1213](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2012_1213)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2012 1213 du 9 avril 2014

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2012 1213 del 9 aprile 2014

## **Regeste**

Prestations

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

La décision sur opposition du 18 mai 2011 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette l'opposition formée par l'assuré. En confirmation de la décision du 26 janvier 2011, elle refuse la prise en charge de deux opérations correctives de la vue d'un coût total de Fr. 5'400.-. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et le remboursement au recourant de la somme de Fr. 5'400.- plus intérêts à 5% l'an dès le 13 juillet 2009. L'assuré estime que ce paiement lui est dû en vertu d'un droit à la protection de sa confiance quant à la prise en charge inconditionnelle de ces frais que lui aurait garantie Assura.

### **E. 1.2**

Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). Il convient en effet de comprendre la conclusion en constat du caractère erroné des renseignements fournis par Assura - conclusion en soi irrecevable comme telle, puisque l'intérêt qu'elle poursuit est sauvegardé par la conclusion formatrice en paiement (art. 49 al. 2 LPGA; ATF 130 V 188 c. 2.4) - en tant que partie de la motivation.

### **E. 1.3**

La valeur litigieuse étant inférieure à Fr. 20'000.-, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

### **E. 1.4**

Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **E. 2**

Est tout d'abord litigieux le point de savoir si le recourant a fait valoir en temps utile sa demande en remboursement des coûts relatifs à ses opérations correctives de la vue

pratiquées les 6 et 13 juillet 2009.

### **E. 2.1**

S'appuyant sur une jurisprudence du Tribunal fédéral (TF; ATF 102 V 13), l'intimée a estimé que l'assuré n'était plus en droit d'obtenir le remboursement de ces interventions chirurgicales, à mesure qu'il avait attendu une année avant de contester la prise de position d'Assura du 16 novembre 2009 lui refusant ce paiement et qu'il aurait de fait renoncé aux prestations d'assurance (décision sur opposition contestée, p. 4, ch. 1; réponse, p. 5, ch. 1). D'après le recourant, cette jurisprudence n'est plus d'actualité, car elle a été rendue sous l'empire de la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA; RS 832.10, remplacée au 1er janvier 1996 par l'actuelle LAMal) et la LPGA réglerait depuis lors les questions relatives à la prescription du droit aux prestations et à la renonciation à celles-ci (recours, p. 5 et 6).

### **E. 2.2**

Dès l'abord, il y a lieu de circonscrire les questions juridiques qui se posent dans ce contexte. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. Dans une jurisprudence récente, le TF a précisé que le délai de l'art. 24 al. 1 LPGA, qui vaut comme délai de péremption (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, art. 24 n. 13), commence à courir au moment de la réception de la facture du fournisseur de soins par la personne assurée (ATF 139 V 244 c. 3.3.3 et 3.4). Au cas particulier, les frais relatifs aux opérations subies ont été facturés le 16 juin 2009 au recourant; il a transmis la facture correspondante courant octobre 2009 à Assura en vue d'un remboursement (après l'avoir lui-même payée dans l'intervalle, puisqu'il s'agissait d'une condition posée à sa prise en charge opératoire; rapport du chirurgien ophtalmologue du 27 août 2013, ch. 2 et 4, dos. TA; recours, p. 2). C'est dès lors bien dans le délai prévu à l'art. 24 al. 1 LPGA que l'assuré a fait valoir son droit au paiement des prestations. L'intimée ne le conteste au reste pas, pas plus qu'elle n'allègue que le recourant, au sens où l'y autoriserait l'art. 23 al. 1 LPGA, a ici renoncé par écrit aux prestations qui lui seraient dues. Se pose en revanche la question de savoir si l'intéressé, après avoir fait valoir en temps utile sa créance en remboursement de frais médicaux, a contesté dans les délais le refus informel qui lui a été signifié par Assura le 16 novembre 2009 quant à cette prétention, ou s'il a au contraire tacitement renoncé à celle-ci.

### **E. 2.3**

L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Selon l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision écrite soit rendue (al. 2). Eu égard à l'obligation de conseil de l'assureur ancrée à l'art. 27 al. 2 LPGA, la personne assurée doit être informée de son droit d'exiger une décision écrite en cas de désaccord. Ni l'art. 49 al. 1 LPGA, ni l'art. 51 al. 2 LPGA ne déterminent précisément dans quel délai une telle décision peut être cas échéant demandée. La demande doit

dans tous les cas être considérée comme déposée en temps utile, lorsqu'elle intervient dans un laps de temps raisonnable et qu'elle ne contrevient pas aux principes de la protection de la confiance et de la sécurité du droit. Si l'assureur a rempli son obligation de conseil, ce laps de temps s'avérera beaucoup plus court que celui qui est déterminant lorsqu'aucune

information n'a été donnée par ledit assureur (à savoir d'environ 6 à 14 mois). De façon générale, il y a lieu de se fonder sur la situation qui vaut dans la branche d'assurance concernée ainsi que sur les circonstances du cas concret. Dans le domaine de l'assurance maladie, la pratique rendue sous l'égide de la LAMA a fixé comme limite approximative supérieure un délai d'un an dès la notification de la décision informelle, lequel sera quelque peu inférieur en cas de représentation professionnelle. D'après la jurisprudence, il y a lieu de déterminer au cas par cas le délai d'examen et de réflexion approprié à l'échéance duquel il peut être admis que la personne concernée s'est accommodée de la réglementation rendue à son égard. A ce propos, un délai de 90 jours peut en tout cas servir de ligne directrice et correspond en outre à celui dans lequel une demande de révision doit être introduite (pour tout ce qui précède: U. KIESER, op. cit., art. 49 n. 19 et art. 51 n. 14 avec références citées dont l'ATF 102 V 16 invoqué par l'intimée; ATF 134 V 145 c. 5.3.1).

#### **E. 2.4**

Dans son courrier du 16 novembre 2009, Assura a pris position face au courrier du 29 octobre 2009 du recourant qui portait sur le remboursement de plusieurs prestations d'assurance (dos. int. 6, recto et verso). Parmi celles-ci, l'intimée s'est principalement prononcée sur son refus antérieur, par retour à l'intéressé de la facture y correspondante, de participer aux coûts des opérations réfractives pratiquées les 6 et 13 juillet 2009. A l'appui, elle indiquait les raisons qui l'avaient amenée à ce refus et confirmait expressément sa position. Ce courrier d'Assura n'était pas désigné en tant que décision et n'indiquait pas non plus d'autres voies de droit. D'après les principes développés par la pratique du TF (TF 8C\_738/2007 du 26 mars 2008 c. 4), il ne peut en conséquence valoir en tant que décision formelle selon l'art. 49 al. 1 LPGA, mais doit être attribué à la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 al. 1 LPGA. Il ne fait pourtant aucun doute que la réglementation ici en cause (refus de prestations au titre de la LAMal) porte sur des prestations importantes au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA et que l'écrit de l'intimée aurait ainsi dû revêtir la forme d'une décision écrite. En considération (déjà) du fait que la pratique judiciaire est relativement sévère pour admettre l'entrée en force de telles réglementations non formelles (ou viciées), les circonstances d'espèce sont de surcroît telles qu'il faut conclure que le recourant ne s'est pas accommodé de ce refus informel selon le principe de la bonne foi qui interdit notamment aux autorités étatiques et aux administrés de se comporter de manière contradictoire ou abusive dans leurs relations communes de droit public (voir c. 3.2 infra).

Au cas particulier, l'assuré a en effet réagi par courrier du 7 novembre 2010, notifié le lendemain à l'intimée, au refus informel de prestations signifié le 16 novembre 2009 par sa caisse-maladie en réitérant auprès de celle-ci sa demande de remboursement et en l'invitant, si elle persistait dans son refus, à rendre une décision formelle (dos. int. 9, recto et verso). Il est dès lors intervenu dans le délai d'une année reconnu par la pratique du TF pour exiger une décision formelle relevant de l'assurance maladie obligatoire (jurisprudence rendue sous l'égide de la LAMA, mais qui n'a en tout cas pas été déclarée obsolète par la pratique publiée après l'entrée en vigueur de la LPGA; voir U. KIESER, op. cit., art. 51 n. 14 et ATF 134 V 145 c. 5.3.1). Certes, comme déjà relevé, ce laps de temps représente une limite maximale et n'implique donc pas nécessairement que la personne assurée puisse dans chaque cas bénéficier de l'entier de sa durée pour manifester son désaccord. En l'occurrence cependant, le recourant a antérieurement déjà adressé le 10 juin 2010 un rappel à l'intimée concernant plusieurs décomptes de prestations, à l'occasion duquel il faisait également mention du fait que le litige relatif à ses opérations de la vue était "toujours en suspens" et

que son assurance de protection juridique suivrait régulièrement le dossier (dos. int. 8, verso). Si les démarches annoncées auprès de cette dernière assurance sont apparemment restées lettre morte, il ressort en tout cas de ce courrier que l'assuré ne considérait pas son litige précité avec Assura comme clos et qu'il s'opposait de fait toujours au refus de prestations signifié par cette dernière. De plus et surtout, au mépris de l'art. 27 al. 2 LPGA, il apparaît que l'intimée n'a en l'occurrence pas averti le recourant dans son courrier du 16 novembre 2009 de son droit d'exiger une décision écrite en cas de désaccord et qu'en l'absence de toute information en ce sens, le délai pour demander une décision formelle aurait même pu atteindre ici 14 mois (limite certes maximale reconnue par la pratique; voir c. 2.2 supra).

### **E. 2.5**

Il suit ainsi de ce qui précède que l'assuré a contesté en temps utile le refus de prestations communiqué à tort par son assureur maladie selon une procédure simplifiée et que c'est dès lors à bon droit que ce dernier a rendu une décision formelle quant à ce refus.

### **E. 3**

L'administré(e) n'a pas pu se rendre compte sans autre de l'inexactitude du renseignement obtenu;

#### **E. 3.1**

L'intéressé ne remet à bon droit pas en cause le fait qu'Assura lui ait refusé la prise en charge de ses traitements opératoires au titre de l'assurance obligatoire des soins. Ainsi qu'il le mentionne dans son recours (p. 7), la chirurgie réfractive ne relève en effet qu'à des conditions très spécifiques des obligations légales de l'assurance

maladie de base (voir ordonnance fédérale du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS, RS 832.112.31], annexe 1, chapitre 6) et ces conditions ne sont effectivement pas remplies dans son cas (voir à ce sujet: décision sur opposition contestée, p. 5 et 6, ch. 2). L'assuré fait en revanche valoir que l'intimée doit lui consentir le remboursement de ses coûts opératoires en vertu d'un droit à la protection de sa bonne foi. Il allègue à ce propos que c'est en raison de son ignorance du droit qu'il s'est renseigné téléphoniquement le 23 juin 2009 auprès d'Assura quant au point de savoir si des interventions chirurgicales au niveau des cristallins étaient couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Il ne se serait ensuite décidé à entreprendre ces interventions que parce que la collaboratrice d'Assura contactée à cette occasion, après s'être elle-même renseignée auprès d'une tierce personne, lui aurait confirmé que tel était bien le cas. A l'appui, cette employée aurait tout d'abord avancé le fait que le chirurgien ophtalmologue de l'assuré était un médecin reconnu par Assura, puis fait l'analogie entre l'intervention à subir qui agissait au niveau des cristallins et l'opération de la cataracte située au même plan et remboursée par la LAMal. Le recourant ajoute que la même collaboratrice lui a encore confirmé le remboursement de ses interventions chirurgicales lorsqu'elle l'a rappelé ultérieurement pour savoir si la facture avait été payée dans l'intervalle (recours, p. 2, 6 à 8; dos. int. 5). Pour sa part, l'intimée ne conteste pas que l'une de ses collaboratrices ait fourni à l'assuré des renseignements par téléphone le 23 juin 2009 en lien avec des opérations de la vue. Elle affirme en revanche que l'intéressé, d'ailleurs peut-être sciemment, est demeuré très vague lors de cet appel quant au type de chirurgie concernée en évoquant uniquement une extraction du cristallin, ce qui aurait "à l'évidence" amené son employée à penser qu'il s'agissait d'une opération de la cataracte relevant des obligations de l'assurance maladie de

base. Par la suite, le recourant aurait rappelé Assura pour lui indiquer être en possession de la facture, ce dont ladite caisse se serait étonnée vu que ce type d'intervention était normalement facturé directement à l'assureur. Ce ne serait finalement qu'à réception de la facture que l'intimée aurait pu identifier le type de chirurgie pratiquée et le fait que celle-ci ne relevait pas de ses obligations légales. Selon Assura, le recourant connaissait pourtant déjà bien avant le 23 juin 2009 la nature des interventions qu'il allait subir et le fait qu'elles n'étaient pas prises en charge par la LAMal. Aussi, elle estime qu'en tout état de cause, les renseignements fournis par son employée ne peuvent représenter une garantie de prise en charge valable pour engager sa responsabilité en vertu d'un droit à la protection de la bonne foi de l'assuré (réponse, p. 8 à 10, ch. 5 à 7).

### **E. 3.2**

supra). Il convient en revanche d'examiner si l'intimée a ici même seulement donné un renseignement erroné au recourant, respectivement si c'est véritablement sur la base de celui-ci que l'intéressé s'est décidé à entreprendre les traitements chirurgicaux en cause. Il y aura cas échéant lieu de déterminer aussi si l'assuré n'aurait pas dû être en mesure de reconnaître l'inexactitude des informations délivrées oralement par sa caisse-maladie.

### **E. 3.3**

L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

### **E. 3.4**

Le principe inquisitoire (ou de l'instruction d'office), lequel domine la procédure en matière d'assurances sociales, exclut en soi par définition le fardeau de la preuve dans la mesure où celui-ci représente un fardeau d'instruction de la preuve. En effet, il appartient au tribunal - et à l'autorité qui rend la décision - de se soucier de rassembler les preuves. Le fardeau de la preuve n'incombe donc en général aux parties que dans la mesure où, en l'absence de preuve, la décision serait défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé. Cette règle ne vaut cependant que s'il se révèle impossible, sur la base d'une appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 138 V 218 c. 6).

4. Il y a par conséquent lieu d'examiner en l'espèce si les renseignements fournis téléphoniquement le 23 juin 2009 par Assura sont susceptibles de fonder un droit du recourant à la protection de sa bonne foi.

### **E. 4**

L'administré(e), se fondant sur la véracité du renseignement, a pris des dispositions sur lesquelles il ou elle ne saurait revenir sans subir un préjudice;

#### **E. 4.1**

Dès l'abord l'on précisera que l'intimée a renseigné l'assuré sur des prestations d'assurance (que les indications du recourant aient été à cet égard incomplètes ou même biaisées, sa

demande visait en tout cas une situation concrète) et qu'elle était de plus compétente à cet effet (voir à ce sujet: prise de position d'Assura du 25 janvier 2013, p. 2, dos. TA). La législation en vigueur n'a par ailleurs pas subi de changement depuis le moment où le renseignement a été donné. Les conditions 1, 2 et 5 de l'application du principe de la confiance sont dès lors remplies au cas particulier (cpr. c).

#### **E. 4.2**

La note de dossier établie par la collaboratrice d'Assura suite à la conversation téléphonique échangée le 23 juin 2009 avec le recourant a la teneur suivante: "Pa s'est fait opérer, mais ne savait pas me décrire exactement l'op. Je lui demande s'il s'est agi de l'extraction du cristallin et il me répond oui c'est ça. Il a reçu directement la facture chez lui (TG). Etonnant car généralement = TP. Je fais cette remarque au pa. Le TG se fait seulement s'il l'a demandé ou si le ttt n'est pas à la charge de l'AOS. Il va nous envoyer la facture. Frais transmis le 13/10/09 par B.\_\_\_\_\_. J'ai appelé le pa. Il a payé les frais directement. Vu avec cl: chirurgie réfractive => pas de nos obligations. Frais retournés à B.\_\_\_\_\_ p/refus 15/10/09" (dos. int. 4). D'emblée, il apparaît que cette notice téléphonique ne s'avère pas aussi détaillée et précise que la description livrée par l'assuré de l'entretien téléphonique du 23 juin 2009 (cpr. avec c. 3.1 supra et recours p. 2, 6 à 8 in fine). Son caractère quelque peu confus est par ailleurs encore accentué par le fait qu'elle consiste en un condensé de plusieurs appels téléphoniques et contacts administratifs internes retraçant en tout cas deux unités de temps bien distinctes, à savoir l'appel du recourant du 23 juin 2009 (date de la création de la note téléphonique) afin de s'enquérir de la prise en charge de ses interventions chirurgicales et un deuxième téléphone d'Assura à ce dernier, courant octobre 2009, concernant le paiement des frais y correspondants. L'intimée a elle-même d'ailleurs reconnu que son compte rendu de la première conversation téléphonique avait été complété au fur et à mesure du suivi du dossier et que celui-ci mentionnait également un second contact téléphonique avec l'assuré en date du 15 octobre 2009 (prise de position du 25 janvier 2013, p. 2, dos. TA). A l'appui de cette dernière, elle indiquait en

outre ne pas s'expliquer les raisons pour lesquelles le recourant avait présenté sa demande téléphonique du 23 juin 2009 comme s'il avait déjà subi à ce moment-là ses traitements chirurgicaux et précisait au surplus que son compte rendu dudit entretien était complet. Sur la base de ce compte rendu et des déclarations des parties qui ne divergent pas fondamentalement sur ces points précis (cpr. c. 3.1 supra), il y a dès lors lieu de retenir que l'assuré n'a pu décrire de manière détaillée le type d'opération qu'il s'appropriait à subir au moment de son appel téléphonique du 23 juin 2009 et qu'il n'a d'emblée évoqué qu'une intervention chirurgicale au niveau des cristallins. Suite aux questions de la collaboratrice d'Assura tentant de cerner plus précisément sa demande, il a confirmé qu'il s'agissait d'une extraction du cristallin, ne mentionnant alors cependant à aucun moment que celle-ci intervenait dans le cadre d'une chirurgie destinée à corriger un défaut de la vue, en particulier une hypermétropie. En se fondant sur ces renseignements, l'intimée n'a pas contesté avoir fait ensuite l'analogie entre cette intervention et une opération de la cataracte relevant quant à elle des obligations de l'assurance maladie de base, ce qui expliquerait d'ailleurs également son étonnement quant au fait que la facture des coûts y relatifs ait été adressée directement à l'assuré (en cas de traitement hospitalier, l'assureur est en effet le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations; art. 42 al. 2 LAMal; système du "tiers payant", "TP" dans la note téléphonique par opposition au "tiers garant"). Le fait que cette employée ait apparemment convenu lors du même appel que le recourant

lui enverrait la facture donne toutefois à penser qu'elle attendait de voir le détail de ce document pour vérifier de quel type d'opération il s'agissait exactement, ce d'autant qu'elle avait elle-même souligné dans sa notice téléphonique l'imprécision de la demande de l'assuré ("Pa s'est fait opérer, mais ne savait pas me décrire exactement l'op"). Quoiqu'il en soit, malgré les incertitudes qui subsistaient alors quant à cette demande et le fait qu'elle n'était ainsi pas encore parvenue elle-même à la cerner suffisamment, l'intimée n'a pas nié que sa collaboratrice s'était suffisamment avancée lors de cet entretien téléphonique pour laisser entendre au recourant que des interventions chirurgicales du type de celles évoquées sur ses cristallins (et qui impliquaient effectivement dans son cas une extraction de ceux-ci, voir c. 4.3 infra) relevaient bien de l'assurance obligatoire des soins (voir réponse, p. 9, ch. 7 a contrario). Quand bien même l'intéressé a peut-être lui-même induit cette réponse vu le contexte particulier dans lequel s'inscrivait par ailleurs sa demande téléphonique (voir c. 4.3 et 4.4 infra), on ne peut par conséquent à tout le moins exclure au degré de vraisemblance requise que l'assuré a obtenu de l'intimée un renseignement erroné susceptible de fonder un droit à la protection de sa confiance.

### **E. 4.3**

En revanche, on ne saurait au vu des circonstances d'espèce retenir que le recourant n'était pas en mesure de se rendre compte immédiatement de l'inexactitude

du renseignement obtenu, respectivement que c'est en se fondant sur celui-ci qu'il a pris la décision de subir les opérations en cause. Il ressort en effet tout d'abord du dossier que l'intimée a renouvelé en 2007 une campagne promotionnelle lancée l'année précédente et destinée à offrir à ses assurés des opérations correctives de la vue à moindres coûts et pouvant encore donner lieu à un rabais supplémentaire selon leurs années de fidélité (dos. int. 21, recto et verso). Cette action était organisée en partenariat avec un hôpital ophtalmique et vantait les prix imbattables offerts pour ces opérations de confort utilisant la technique du laser et qui, la réclame le précisait expressément, n'étaient pas couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Le 18 octobre 2007, le recourant a contacté l'intimée pour bénéficier de cette offre et Assura l'a inscrit sur la liste des assurés annoncés pour cette campagne promotionnelle, avant de le contacter encore à ce sujet téléphoniquement le 13 mai 2008 (sans succès), puis par courrier du 3 juin 2008 (sans réponse non plus de sa part). Ces démarches sont attestées au dossier de la cause (dos. int. 2 et 3) et le recourant ne peut valablement les contester au motif que ses données personnelles retranscrites dans les documents y correspondants seraient inexactes (réplique, p. 1 en bas). Son adresse (case postale) mentionnée sur la liste des assurés inscrits pour les opérations de la vue correspond à celle qu'il a lui-même indiquée dans sa demande d'adhésion du 15 novembre 2006 à Assura et figure en outre dans une lettre du 24 octobre 2008 confirmant la résiliation de ses rapports de travail auprès de la compagnie d'assurances qui l'employait (dos. recourant [rec.] 3; dos. int. A1 et A2). Quant au numéro de natel mentionné dans les documents précités, il est identique à celui que le recourant a communiqué à l'intimée lors de sa nouvelle adhésion en 2012 et a en outre été expressément indiqué par ce dernier lorsqu'il a contacté téléphoniquement le greffe du TA le 10 juin 2013 afin de venir consulter son dossier (voir note téléphonique y relative au dos. TA; dos. int. A-75). De sa participation à la campagne promotionnelle d'Assura, le recourant devait dès lors (déjà) savoir que des opérations correctives de la vue ne relevaient en principe pas des obligations légales de son assureur maladie LAMal. Par la suite, l'assuré a consulté une première fois, le 29 février 2008, le centre de chirurgie réfractive C. \_\_\_\_\_ où il a été reçu par le chirurgien

ophtalmologue qui l'a finalement opéré en date des 6 et 13 juillet 2009 pour son défaut de la vue (voir courrier de ce médecin du 27 août 2013, p. 1, ch. 1, dos. TA). Dans sa réplique (p. 2), l'assuré a précisé qu'il avait travaillé du 1er mai 2007 au 31 janvier 2009 (auprès d'une compagnie d'assurances) dans le même bâtiment que celui où exerçait ce spécialiste pour le compte du centre chirurgical précité et que c'est lors de contacts informels dans les espaces communs de l'immeuble, qu'il a abordé avec lui le sujet d'un possible traitement chirurgical de ses cristallins. Selon le recourant, il n'a jamais été question avec ce médecin "d'intervenir par la chirurgie réfractive sur la cornée avec un appareil au laser, mais seulement d'opérer de manière beaucoup plus invasive en intervenant

sur les cristallins". L'assuré présentait en effet une hypermétropie bilatérale marquée pour laquelle une extraction du cristallin clair et son remplacement par un implant intraoculaire s'avéraient appropriés, ce qui l'a certainement d'ailleurs amené à renoncer à l'offre promotionnelle d'Assura proposant la technique moins invasive du laser de type LASIK ou PRK (voir informations à ce sujet sur la chirurgie réfractive disponibles sous C. \_\_\_\_\_; dos. int. 13 et 21). A l'évidence, le recourant était donc parfaitement au courant du type d'intervention qu'il allait subir lorsqu'il a contacté l'intimée le 23 juin 2009 et du fait notamment que celle-ci ne consistait pas en une extraction du cristallin intervenant dans le cadre d'un traitement de la cataracte. Dans ces conditions, il ne peut se fier de bonne foi à la prise en charge que lui a garantie l'intimée pour ce second type précis d'opération, d'autant qu'il a lui-même en partie favorisé ce renseignement en n'évoquant pas le contexte de chirurgie réfractive dans lequel s'inscrivait l'extraction de ses cristallins. Dans le cadre de son suivi médical, l'assuré a de surcroît été personnellement informé par son chirurgien ophtalmologue du fait que ses opérations correctives de la vue n'étaient pas couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Ce spécialiste a en effet tout d'abord attesté de ce fait en post-scriptum d'un questionnaire que lui avait adressé le 8 décembre 2010 Assura afin d'établir les conditions d'une prise en charge des interventions des 6 et 13 juillet 2009 (dos. int. 13). Au cours de l'instruction complémentaire ordonnée par le TA, le même médecin a précisé à ce propos qu'il avait ajouté le post-scriptum afin d'éviter de multiples échanges de courriers avec l'intimée dont le formulaire ne consistait pas en un questionnaire de santé général d'anamnèse ou de diagnostic et faisait au surplus expressément référence aux opérations subies par le recourant (courrier du 27 août 2013, p. 1, ch. 3, dos. TA). D'après cette même prise de position (p. 1, ch. 2 et 4), le patient a ensuite été informé par ce spécialiste, lors d'une consultation médicale du 29 mai 2009, du fait que la chirurgie réfractive n'était pas à la charge de son assureur maladie et le service administratif de C. \_\_\_\_\_ le lui a également confirmé au moment de l'indication des coûts des interventions chirurgicales, puis de la demande de paiement s'effectuant toujours à l'avance (selon courrier y relatif du 16 juin 2009 joint en copie à cette prise de position, dos. TA). Face à ces indications très détaillées de son chirurgien traitant, toutes antérieures à l'appel téléphonique du 23 juin 2009, les allégations du recourant selon lesquelles il n'aurait reçu aucune de ces informations ne font manifestement pas le poids (voir sa prise de position à ce sujet du 21 octobre 2013, dos. TA). On voit en particulier mal comment l'assuré aurait pu ne pas recevoir la demande de paiement du 16 juin 2009, puisqu'il a bien été opéré les 6 et 13 juillet 2009 et que ledit paiement constituait une condition préalable à ces interventions. Par le biais également des informations reçues lors de sa prise en charge médicale, le recourant devait donc douter d'une prise en charge inconditionnelle par Assura de ses traitements de chirurgie réfractive.

#### **E. 4.4**

Il suit dès lors de ce qui précède que l'assuré avait amorcé de longue date des démarches en vue d'une opération corrective de la vue et qu'il s'y était finalement décidé lorsqu'il a contacté l'intimée téléphoniquement le 23 juin 2009. A ce moment-là en effet, les interventions chirurgicales étaient définitivement agendées puisque le recourant avait reçu quelques jours auparavant une demande de paiement pour ces traitements et que c'est très certainement d'ailleurs leur facturation qui l'a incité à contacter téléphoniquement Assura pour essayer d'en obtenir la prise en charge. A l'évidence, ce n'est donc pas le renseignement oral erroné délivré par l'intimée à ce moment-là qui l'a incité à entreprendre ses opérations réfractives. Que le recourant ait ensuite tenté à dessein lors de cette conversation de construire un état de fait susceptible de mener au dit renseignement n'a finalement pas à être tranché définitivement ici. En tout état de cause, l'ensemble des informations recueillies lors de sa prise en charge tant médicale qu'asséculrologique permettent d'affirmer que l'assuré devait se rendre compte immédiatement de l'inexactitude de la garantie de paiement donnée par Assura et demander à tout le moins une confirmation écrite de celle-ci. Cette conclusion s'impose d'autant plus ici que l'assuré a lui-même travaillé dans le domaine des assurances et, s'il n'était peut-être pas spécialisé en assurances sociales, qu'il ne pouvait en tout cas ignorer les implications juridiques d'un tel renseignement erroné. Il a du reste été parfaitement en mesure de comprendre les spécificités de son litige avec l'intimée en l'inscrivant dans un contexte juridique très précis et de surcroît conforme à la réglementation légale applicable (cpr. son recours, p. 5 à 9 in fine et c. 2 et 3 supra). Il apparaît enfin que l'assuré a eu un comportement peu coopératif tout au long de la procédure, en particulier devant le TA (voir encore à ce sujet c. 5.2 infra), en refusant notamment de délier de façon générale son médecin opérateur du secret médical et en s'opposant (sans succès) à l'édition du dossier complet de l'intimée (voir dos. TA in fine), ce qui donne à penser qu'il pouvait craindre certaines révélations en sa défaveur et atténué également sa crédibilité.

#### **E. 5**

La législation n'a pas subi de changement depuis le moment où le renseignement a été donné.

##### **E. 5.1**

Au vu de tout ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit partant être rejeté.

##### **E. 5.2**

Aux termes de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure doit être gratuite pour les parties; des émoluments de justice et des frais de procédure peuvent néanmoins être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait savoir, en faisant preuve de l'attention normalement exigible, que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie viole une obligation qui lui incombe (p. ex. l'obligation de collaborer ou celle de

s'abstenir) ou soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (ATF 124 V 285 c. 4b, 112 V 333 c. 5a et les références citées; SVR 2007 IV n° 19 c. 2.2). En l'espèce, comme déjà relevé (c. 4.4 supra), le recourant ne s'est guère montré coopératif au cours de la procédure administrative ainsi qu'en procédure de recours devant le TA, procédures qu'il a prolongées inutilement (voir par ex. dos. TA in fine). Cette

attitude est notamment illustrée par le fait qu'il a persisté à ne pas affranchir certains courriers malgré un (premier) avertissement de la Juge instructrice que tout nouveau courrier de sa part non affranchi serait refusé par le TA (voir ordonnance du 16 janvier 2013 ch. 6). En outre, il a persévéré jusqu'en procédure de recours à défendre un point de vue qu'il savait contraire à la loi. Par conséquent, il se justifie de mettre des frais de procédure à sa charge, à raison d'un émolument forfaitaire de Fr. 500.- (voir art. 51 let. d et e du décret cantonal du 24 mars 2010 sur les frais de procédure [DFP, RSB 161.12]).

### **E. 5.3**

Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens, ni d'indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.