

BGer 9C 618/2009 vom 14. April 2010

Bundesgericht, 2010-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_618_2009

FR: TF 9C 618/2009 du 14 avril 2010

IT: TF 9C 618/2009 del 14 aprile 2010

Regeste

Assurance-maladie | Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1.1

Le mémoire de recours doit contenir les conclusions et les motifs à l'appui de celles-ci (art. 42 al. 1 LTF). Les motifs doivent exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF). Pour satisfaire à l'obligation de motiver, le recourant doit discuter les motifs de la décision entreprise et indiquer précisément en quoi il estime que l'autorité précédente a méconnu le droit; il faut qu'à la lecture de son exposé, on comprenne clairement quelles règles de droit auraient été, selon lui, transgressées par l'autorité cantonale (cf. ATF 134 II 244 consid. 2.1 p. 245 s.; 134 V 53 consid. 3.3 p. 60). Selon la jurisprudence, un mémoire de recours ne satisfait pas aux exigences minimales fixées à l'art. 42 al. 2 LTF lorsque sa motivation reprend mot pour mot l'argumentation déjà développée devant la juridiction inférieure et que, partant, le recourant ne discute pas les motifs de la décision entreprise et n'indique pas - même succinctement - en quoi ceux-ci méconnaissent le droit selon lui (ATF 134 II 244 consid. 2.3 p. 247).

E. 1.2

En l'occurrence, la recourante reprend pratiquement mot pour mot aux ch. 1 (p. 9 à 14) et 2.1 à 2.4 (p. 14 à 17) de la partie « motivation du recours » (chapitre 2, ch. III) de son mémoire de recours l'argumentation qu'elle a déjà développée dans son écriture destinée à la juridiction cantonale (ch. 3.1 et 3.2.1 à 3.2.4 de la partie « Chapitre 3. Droit. Au fond » [section 2, ch. III]). Dans cette mesure, le recours en matière de droit public (intitulé à tort « recours de droit public ») ne satisfait pas aux conditions de motivation requises.

E. 2

Cela étant, la recourante s'en prend sur trois points aux motifs du jugement entrepris.

E. 2.1

Sous ch. 1 in fine (p. 14) de son mémoire, la recourante reproche à la juridiction cantonale d'avoir constaté que « d'autres traitement que celui choisi selon la méthode DIEP étaient tout autant appropriés et disponibles dans divers établissements reconnus à charge de l'assurance obligatoire des soins », sans avoir mis en oeuvre une expertise pour démontrer ses constatations. Ce grief ne lui est d'aucun secours. Il est constant en effet que l'établissement sanitaire auprès duquel la recourante a suivi, du 3 au 9 décembre 2007, le traitement dont la prise en charge fait l'objet du présent litige ne figurait pas sur la liste du canton de Vaud fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats au sens de l'art. 39 al. 1 let . e LAMal (dont la teneur a été exposée dans le jugement attaqué auquel il

suffit de renvoyer). Selon la jurisprudence, l'institution qui ne figure pas sur la liste hospitalière d'un canton n'est pas légitimée à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts causés par le séjour d'assurés, aucune dérogation par voie d'interprétation au sens littéral de l' art. 39 al. 1 let . e LAMal n'étant possible (arrêt K 137/04 du 21 mars 2006 consid. 3.3, in SVR 2006 KV n° 30 p. 107; voir aussi GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR, 2e éd., p. 652 n° 772). Par conséquent, comme l'a admis à juste titre la juridiction cantonale, l'établissement X. _____ n'était pas admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, de sorte que la recourante ne saurait prétendre une prise en charge par l'intimée des prestations qui lui ont été fournies dans cet établissement. Aussi, le reproche de la recourante relatif au caractère plus approprié de l'une ou l'autre des deux méthodes chirurgicales en question (« Diep » ou « Tram ») n'est-il pas déterminant, puisque l'examen de cette question demeure secondaire à celui de la qualité de fournisseur de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins de l'établissement qu'elle a choisi.

E. 2.2

Sous ch. 2.2 in fine (p. 16) de son écriture, la recourante soutient ensuite que la juridiction cantonale n'est pas entrée en matière sur son argumentation fondée sur la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE), alors qu'elle aurait dû examiner si l'assurée pouvait prétendre à la prise en charge des frais litigieux, puisqu'elle avait droit à un traitement à l'étranger conformément à la jurisprudence de droit communautaire. Ce grief est mal fondé, dès lors que les premiers juges ont expliqué de manière pertinente pour quelle raison il n'y avait pas lieu d'examiner la situation de la recourante sous l'angle de la libre circulation des personnes et des arrêts de la CJCE y relatifs. A leur suite, il suffit de constater que le présent litige relève d'une situation d'ordre purement interne, l'ensemble des faits déterminants se cantonnant à l'intérieur de la Suisse: il ressort des constatations de la juridiction cantonale, qui lient le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF), que la recourante est suisse, domiciliée en Suisse et que les prestations en cause ont été effectuées en Suisse. A défaut d'avoir exercé, dans ce contexte, son droit de circuler ou de séjourner sur le territoire d'un Etat partie à l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP; RS 0.142.112.681) - ne serait-ce que très ponctuellement dans le cadre de la libre prestation des services -, la recourante ne saurait se prévaloir du principe de la libre circulation des personnes et des droits qui en découlent. Elle ne fait, du reste, valoir aucun élément déterminant qui justifierait de reconnaître un facteur de rattachement à l'une quelconque des situations envisagées par le droit communautaire de la sécurité sociale; la seule circonstance invoquée que son chirurgien exercerait également dans un hôpital à l'étranger n'est pas pertinente, puisque l'intervention chirurgicale litigieuse a eu lieu en Suisse.

E. 2.3

Enfin, la recourante fait valoir (ch. 2.5 p. 18 de son recours) que la juridiction cantonale n'a à tort pas examiné le grief tiré de la violation par l'intimée de l'obligation de renseigner. Elle prétend par ailleurs que la caisse était vraisemblablement au courant du fait que le docteur B. _____ allait exercer son art à la clinique Z. _____, établissement conventionné, dès le début de l'année 2008, et aurait dû l'en informer, en l'invitant à fixer la date de l'intervention à un moment ultérieur en 2008, soit à une date où elle aurait pu bénéficier des soins dans un établissement hospitalier figurant sur la liste hospitalière vaudoise. L'autorité

de recours de première instance n'a certes pas répondu expressément à l'argument invoqué en instance cantonale par la recourante, selon lequel l'intimée « se devait de renseigner N._____ sur la possibilité pour elle de se rendre à l'étranger afin de subir l'intervention DIEP envisagée et cela sous la couverture de la Caisse Vaudoise ». Dès lors que la juridiction cantonale a toutefois nié le droit de la recourante à la prise en charge du traitement en cause s'il avait été effectué à l'étranger, parce que les conditions de l' art. 34 al. 2 LAMal n'étaient pas réalisées, on peut déduire de ses considérations qu'elle rejetait également, du moins implicitement, le grief de la recourante. Puisque l'assurée ne pouvait prétendre, de l'avis des premiers juges, au remboursement des frais d'un traitement identique suivi à l'étranger, la caisse-maladie n'avait pas à l'informer de l'absence d'un tel droit, ce d'autant moins d'ailleurs que seul était en cause le traitement effectué en Suisse. Il s'agit là d'une motivation suffisante au regard des exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 134 I 83 consid. 4.1 p. 88 et les arrêts cités). Quant à l'argumentation que la recourante entend tirer de la connaissance qu'aurait eue l'intimée du changement professionnel du docteur B._____, elle ne saurait être suivie. Outre qu'elle relève d'une simple allégation de la recourante, elle repose sur une interprétation par trop extensive du devoir de conseils de l'assureur-maladie au sens de l' art. 27 al. 2 LPGA . Ce devoir comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3 p. 480). En l'occurrence, l'intimée a pleinement satisfait à ce devoir, puisqu'elle a d'emblée, par courriel du 3 septembre 2007 puis lettre du 12 septembre suivant, averti la recourante avant l'intervention envisagée que celle-ci ne pouvait être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins parce que l'établissement choisi n'était pas reconnu comme fournisseur de prestations au sens de la LAMal.

E. 3

Au regard de ce qui précède, le recours est mal fondé. Vu l'issue de la procédure, la recourante doit en supporter les frais.

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