

VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 337 vom 25. April 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__337

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 337 du 25 avril 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 337 del 25 aprile 2010

Regeste

ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, PASSAGE DANS L'ASSURANCE INDIVIDUELLE, SÉJOUR, CONDITION D'ASSURANCE, CONDITION DE RECEVABILITÉ | 34 LAMal, 61 let. b LPGA, 36 OAMal

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-maladie collective en raison d'une incapacité de travail survenue à l'étranger, soit en France. a) 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 (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 hypothèses. Soit il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse, soit 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 pour sa santé (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. 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; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1 et les autres références). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise. Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de "tourisme médical" à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé

sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement - et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée - que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. A terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentiel pour la santé publique. C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (ATF 131 V 271 consid. 3.2 et les références citées; 126 V 332 consid. 1b). Il n'est pas prescrit aux caisses-maladie de prendre en charge les frais pour les traitements à l'étranger et de verser l'indemnité journalière durant un séjour à l'étranger. Elles peuvent cependant prévoir ces prestations dans leur statut (ATF 118 V 50 consid. 1; TFA K 180/05 du 21 décembre 2006 consid. 2.1). b) En l'espèce, au vu de la jurisprudence précitée, on ne saurait admettre que le coût du traitement entrepris et suivi par le recourant en France incombe à l'assurance obligatoire des soins. En effet, consistant en une hospitalisation dans un milieu psychiatrique, respectivement une maison de repos, ce traitement aurait fort bien pu être dispensé en Suisse. Il n'est du reste pas allégué ni démontré qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, aurait comporté pour l'assuré des risques importants et notablement plus élevés pour sa santé.

E. 3

a) Subsiste la question du droit à des indemnités journalières qui pourrait être déduit des dispositions statutaires ou réglementaires. Au vu du dossier, c'est le 2 octobre 2007 que le recourant, par l'intermédiaire de l'E. _____ de Montreux, a annoncé à la caisse-maladie intimée qu'il souffrait de dépression, qu'il suivait un traitement auprès du Dr Z. _____ et qu'il présentait une incapacité de travail de 100 % du 4 juillet au 4 octobre 2007. Or, l'art. 26 du règlement de K. _____ prescrit que toute maladie ou incapacité de travail doit être annoncée dans un délai de 30 jours après le début de l'incapacité, à défaut de quoi aucune prestation n'est versée pour la période allant jusqu'à la date de la déclaration. On en déduit que le recourant ne peut prétendre à des indemnités journalières avant le 2 octobre 2007, date de l'annonce du cas à l'assureur. b) Par ailleurs, l'art. 24 al. 1 du règlement de la caisse-maladie intimée limite le droit aux indemnités journalières à la période durant laquelle l'assuré se trouve hospitalisé. On en déduit que de telles prestations ne peuvent être versées, en cas de maladie à l'étranger, qu'en cas d'hospitalisation. En l'espèce, se pose la question du début de l'hospitalisation du recourant, dès lors que le Dr Z. _____ a tout d'abord attesté d'une hospitalisation depuis le 4 juillet 2007 (certificat du 17.10.2007) puis dès le 13 octobre 2007, sans se référer à une hospitalisation antérieure (rapport du 06.02.2008). On peut toutefois se dispenser de trancher cette question, compte tenu de ce qui suit. c) S'agissant de l'assurance individuelle, l'art. 5 let. a du règlement d'K. _____ prévoit que les personnes qui ont leur domicile ou qui exercent leur activité professionnelle en Suisse peuvent être assurées. Selon la jurisprudence, un assuré qui transfère son domicile à l'étranger n'a en principe pas droit au libre passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle (TFA K 87/05 du 18 octobre 2006 consid. 2.3 et les références citées); le droit aux prestations d'un assureur-maladie étant lié à l'affiliation, le droit aux prestations n'est

plus donné à l'extinction du rapport d'assurance et il est mis fin à celles éventuellement en cours (TFA K 148/05 du 25 août 2006 consid. 4.2). En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant a quitté l'hôtel où il occupait une chambre, à Montreux, le 2 juillet 2007. Il s'est ensuite établi en France sans avoir exercé d'activité professionnelle en Suisse postérieurement à son licenciement. Par ailleurs, licencié pour le 31 juillet 2007, il n'était plus sous contrat de travail, ni donc au bénéfice de l'assurance collective de son employeur dès le mois d'août 2007 (en ce sens: TFA K 148/05 du 25 août 2006 consid. 5 et l'arrêt cité). On retiendra donc avec l'intimée que le recourant, qui ne remplissait pas les conditions d'un libre passage de l'assurance collective de son employeur à l'assurance individuelle, ne pouvait donc plus bénéficier des prestations de la caisse-maladie intimée au plus tôt lorsqu'il a quitté son domicile à Montreux, soit le 2 juillet 2007, respectivement au plus tard une fois la cessation de ses rapports de travail avec la société Q. _____ SA, soit dès le mois d'août 2007.

E. 4

Il découle de ce qui précède que le recourant n'a pas droit aux prestations de la caisse-maladie K. _____ dès le début de son arrêt de travail, soit depuis le 4 juillet 2007. L'intimée ayant renoncé à la restitution du montant de 3'577 fr. versé à tort en faveur du recourant pour la période du 15 au 31 octobre 2007, il ne se justifie pas de réformer la décision attaquée au détriment du recourant, mais de se borner à constater que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 5

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice. Débouté, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Il est par ailleurs réputé avoir élu domicile au greffe du Tribunal cantonal, ce dont il avait été avisé (art. 17 LPA-VD), le présent arrêt lui étant notifié par voie de publication dans la feuille des avis officiels (art. 44 al. 3 LPA-VD).

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