

VD_GERICHTE ZE12.003614 vom 12. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE12.003614

FR: VD_GERICHTE ZE12.003614 du 12 juin 2014

IT: VD_GERICHTE ZE12.003614 del 12 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

organise, à la demande du bénéficiaire, les consultations médicales nécessaires (médecin, hôpital, analyses, interventions chirurgicales...),

E. 2

avance pour le compte de P. _____ Assurances SA jusqu'à concurrence de CHF 10'000.- par bénéficiaire et par sinistre les frais d'hospitalisation ou les frais de traitements ambulatoires dépassant la contre-valeur de CHF 1'000.-,

E. 3

organise le rapatriement du bénéficiaire à son domicile après traitement dès que sa condition le permet par tout moyen de transport public adéquat dans la mesure où le titre de transport initialement prévu par le bénéficiaire pour son retour au pays de résidence est inutilisable ;

E. 3.2

; TFA K_65/03 du 5 août 2003 c. 2.1 ; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd. 2007, n° 475 ss p. 560 s.). Les prestations visées aux al. 1 et 2 de l'art. 36 OAMaI sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (art. 36 al 4 in initio OAMaI). S'agissant de traitements à l'étranger, que ce soit dans des cas d'urgence ou lorsque le traitement ne peut pas être prodigué en Suisse, le législateur a considéré qu'il était nécessaire de fixer une limite à la prise en charge des coûts. Le législateur préconisait du reste de s'inspirer de l'art. 17 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), disposition selon laquelle les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui seraient résultés d'un traitement en Suisse (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 144). Pour le surplus, la prise en charge de toute prestation demeure soumise aux principes généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. art. 32 LAMal). b) En l'espèce, la réalité de la maladie (diverticulites) dont a souffert la recourante n'est pas contestée. La condition de l'urgence postulée à l'art. 36 al. 2 OAMal est en outre à l'évidence réalisée. La caractère approprié du traitement n'est pas non plus litigieux. Est par contre litigieux l'étendue du droit aux prestations. Alors que la recourante soutient avoir droit au remboursement de la facture de l'Hôpital M. _____

- 10 - à hauteur 9'453 fr., l'intimée admet dans la décision attaquée sa prise en charge à hauteur de 5'164 fr. 10, en expliquant qu'il convient d'allouer, au titre de l'assurance obligatoire des soins, le forfait APDRG applicable pour un séjour dans un hôpital public

dans le canton de Vaud, avec la référence n° 179 « maladie inflammatoire de l'intestin » en vigueur en 2010 au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV). La recourante reproche à l'intimé l'absence d'avis au dossier de son médecin-conseil sur le choix du forfait APDRG. S'il apparaît certes que le médecin-conseil de P. _____ n'a pas été consulté, il n'en demeure pas moins que la recourante ne prétend pas que le choix de l'assurance quant au forfait APDRG et au n° 179 soit erroné ni a fortiori en quoi il le serait. Par ailleurs, la recourante fait valoir que le montant à la charge de l'assurance devrait également tenir compte de la subvention. Or l'art. 36 al. 4 OAMal ne concerne que les montants facturés à l'assurance obligatoire des soins. On ne voit pas que celle-ci soit contrainte de prendre à sa charge les subventions qui ne sont par définition pas à la charge de l'assurance-maladie. Au vu de ce qui précède, on peut retenir que si le traitement hospitalier avait été prodigué en Suisse, il se serait élevé à 2'582 fr. 05 eu égard au forfait APDRG, n° 179 « maladie inflammatoire de l'intestin », en vigueur au CHUV en 2010 (valeur du point assureur dans le hôpitaux universitaires somatiques : 4'522 fr. x cost-weights n° 179 : 0.571 ; cf. Convention vaudoise d'hospitalisation somatique aigue 2010, particulièrement Annexes 1 et 8). La recourante ayant souffert de diverticulites sans qu'une opération n'ait été pratiquée, il ne se justifie dès lors pas de s'écarter du forfait précité. Conformément au texte de l'art. 36 al. 4 OAMal, les prestations visées à l'al. 2 de cette disposition sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. Ainsi, l'étendue du droit aux prestations se limitent à 5164 fr. 10.

- 11 -

E. 4

La recourante reproche à l'intimée une violation de son devoir d'information. a) Selon l'art. 27 LPGa, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées – obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. –, l'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGa comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit savoir pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 c. 4 ; TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 c. 5.2 ; Rubin, L'obligation de renseigner et de conseiller dans le domaine de l'assurance-chômage, in : DTA 2008 p. 97, spéc. pp. 100 ss). Lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, le défaut de renseignement est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à

consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la

- 12 - bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Parmi les conditions posées par la jurisprudence (cf. ATF 131 II 627 c. 6.1), il faut que l'absence de renseignement ou de conseil ait conduit l'assuré à adopter un comportement préjudiciable (TF 8C_406/2010 du 18 mai 2011 c. 5.3 et la référence). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 c. 7.2 ; TF 9C_557/2010 du 7 mars 2011). b) En l'occurrence, l'assurée a été hospitalisée en urgence le 19 juin 2010 – un samedi –, ce dont I._____, représentant de l'intimée à l'étranger, a été informée le jour même à 18 h. 00. L'assurée est restée hospitalisée jusqu'au 22 juin 2010, date de son retour en Suisse. La brièveté de ces délais et le fait que l'assurance n'était absolument pas renseignée sur la nature de l'affection dont souffrait la recourante ni sur la gravité de celle-ci font qu'on ne peut absolument pas reprocher à l'intimée de ne pas avoir prévenu l'assurée que cas échéant, l'entier des frais ne serait pas couvert. On ne saurait dès lors retenir que la situation de la recourante était reconnaissable par l'assurance-maladie, entraînant de ce fait une violation de son devoir d'information. Au demeurant, le cas de la recourante n'est pas similaire à celui de la jurisprudence genevoise que cette dernière cite dans son recours, dans la mesure où le temps laissé à l'assurance était beaucoup plus conséquent. Partant, le grief de violation du devoir d'information doit être rejeté.

E. 5

Enfin, la recourante soutient que P._____ engage sa responsabilité eu égard aux dispositions légales réglant la gestion d'affaires. a) Selon l'art. 419 CO (Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220), celui qui, sans mandat, gère l'affaire d'autrui, est tenu de la gérer conformément aux intérêts et aux intentions présumables du maître. L'art. 420 CO prévoit que le gérant répond de toute négligence ou imprudence

- 13 - (al. 1). Sa responsabilité doit toutefois être appréciée avec moins de rigueur quand il a géré l'affaire du maître pour prévenir un dommage dont ce dernier était menacé (al. 2). Lorsqu'il a entrepris la gestion contre la volonté que le maître a manifestée en termes exprès ou de quelque autre manière reconnaissable, et si cette défense n'était contraire ni aux lois, ni aux mœurs, il est tenu même des cas fortuits, à moins qu'il ne prouve qu'ils seraient aussi survenus sans son immixtion (al. 3). Le gérant répond de toute faute, même légère. Les notions de négligence des art. 420 al. 1 et 99 al. 1 CO sont identiques ; la faute consiste dans le manquement de l'intelligence ou de la volonté à la diligence que l'on pouvait attendre du débiteur dans les circonstances du cas d'espèce (Héritier Lachat, Commentaire romand CO I, 2e édition 2012, n° 3 ad art. 420 CO). La source du devoir auquel l'auteur est tenu détermine cependant un étalon différent pour cette diligence (Thévenoz, Commentaire romand CO I, 2e édition 2012, n° 1 ad art. 99 CO). Lorsque l'activité du gérant est entreprise pour prévenir un dommage menaçant le maître, le gérant voit sa responsabilité atténuée. Cette règle, visée par l'art. 420 al. 2 CO et pendant de l'art. 99 al. 2 CO, est fondée sur l'équité. Elle s'applique lorsque deux conditions sont satisfaites : d'une part, la menace du danger doit pouvoir être déduite raisonnablement de toutes les circonstances. A cet égard, la perception subjective de la menace par le gérant au moment de son activité est aussi prise en compte. D'autre part, le gérant doit agir pour prévenir le dommage qui

menace le maître. Il n'est en revanche pas nécessaire que l'activité déployée par le gérant ait effectivement eu cette conséquence (Héritier Lachat, op. cit., n° 8 ad art. 420 CO). b) En l'occurrence, on ne voit pas en quoi la gestion d'affaires entrerait en considération. La recourante a souscrit une assurance « [...] » et à ce titre, bénéficie des garanties 1 à 3 de la Convention d'assistance touristique. Or, la garantie 1 ch. 2 prévoit que l'organisme d'assistance avance pour le compte de l'intimée un montant de 10'000 fr. au maximum pour les frais d'hospitalisation. La somme pouvant excéder ce plafond

- 14 - peut éventuellement être avancée avec l'accord de P. _____ et moyennant remboursement (ch. 3). Il s'avère en l'espèce que le 25 juin 2010, I. _____ a accusé réception de la facture de l'Hôpital M. _____ et informé celui-ci que l'assureur-maladie l'avait autorisée à garantir un montant de 7000 euros, le solde devant être facturé à l'assurée directement. Tout cela correspond à la garantie 1 de la Convention d'assistance touristique. Il appert finalement que l'Hôpital M. _____ a accepté de se contenter de la garantie de 7000 euros, alors qu'il était libre de ne pas le faire et de demander le solde à l'assurée. Il est ainsi erroné de prétendre qu'il y a eu négociation pour obtenir une baisse de la facture ; a contrario, il y a eu application des conditions d'assurance. Au demeurant, on relèvera que si l'Hôpital M. _____ n'avait pas réduit la facture d'hospitalisation à 7000 euros, le solde (5'281 euros) aurait été à la charge de l'assurée (ch. 3 garantie 1). Partant, on ne voit pas où il aurait été fait preuve de négligence ou d'imprudence, à supposer qu'il y ait eu gestion d'affaires.

E. 6

a) Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 14 décembre 2011, par laquelle P. _____ a confirmé son refus de prise en charge, au-delà du montant de 5'164 fr. 10, des frais relatifs à l'hospitalisation du 19 au 22 juin 2010 en Grèce, échappe à la critique. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e :

- 15 - I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 14 décembre 2011 par P. _____ caisse maladie, aujourd'hui P. _____, est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - DAS Protection juridique (pour X. _____) - P. _____ - Office fédéral de la santé publique 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). La greffière :

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