

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juin 2011

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER, juge unique  
Greffier             :       Mme     Parel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante

et

**H.** \_\_\_\_\_, à Martigny, intimé

---

**Art. 29 LAMal; 13 OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a accouché le 16 avril 2009. Un contrôle après accouchement était prévu le 2 juin 2009.

Le 7 mai 2009, l'assurée est allée en consultation à l'hôpital d'O. \_\_\_\_\_, en raison, explique-t-elle, de violentes douleurs autour de la cicatrice de sa césarienne. Elle indique que, lors de dite consultation, elle a subi des examens de contrôle usuel, notamment un ultrason, mais qu'aucun traitement n'a été ordonné.

Le 29 juin 2009, H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurance) a adressé à l'assurée une facture de 298.50 fr., dont 36.10 fr. de médicaments, relative à la consultation du 7 mai 2009.

Le 23 juillet 2009, l'assurée a requis de l'assurance la prise en charge des frais médicaux consécutifs à la consultation du 7 mai 2009 à titre d'examen de contrôle et demandé à ce qu'une facture pour les seuls frais de médicaments lui soit envoyée.

Par courrier du 31 juillet 2009, l'assurance a informé l'assurée que les traitements consécutifs à une atteinte à la santé lors d'une grossesse n'étaient pas dispensés de la franchise et/ou de la quote-part.

Le 21 août 2009, l'assurance a envoyé à l'assurée une facture de 308.50 fr. correspondant au montant de la facture initiale du 29 juin 2009, par 298 fr. 50 auquel s'ajoutaient 10 fr. de frais de rappel. Cette facture a été suivie d'une sommation le 18 septembre 2009 de 328.50 fr., soit 298.60 fr., plus 30 fr. de frais de sommation.

Par courrier du 15 novembre 2009, l'assurée a résilié sa police d'assurance avec effet au 31 décembre 2009.

Le 4 décembre 2009, l'assurance a écrit à l'assurée pour lui rappeler les modalités de résiliation, à savoir notamment qu'un changement d'assureur n'était possible qu'après paiement avant l'échéance précitée de l'intégralité des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite.

Le 18 janvier 2010, à la requête de l'assurance, un commandement de payer les sommes de 298 fr. avec intérêt à 5 % des le 20 novembre 2009, 30 fr. de frais de sommation et 80 fr. pour les frais d'ouverture de dossier a été notifié à l'assurée qui a formé opposition totale.

Par décision du 26 janvier 2010, l'assurance a levé l'opposition.

Par courrier du 5 février 2010, elle a confirmé à l'assurée qu'il n'était pas possible d'accepter la résiliation de son contrat d'assurance, faute pour elle de s'être acquittée de l'intégralité de la participation aux coûts arriérée.

Le 15 février 2010, l'assurée a déclaré former opposition à la décision de l'assurance du 5 février 2010 maintenant son affiliation. Elle précisait attendre également une décision de l'assurance concernant son "opposition" du 25 août 2009, une décision concernant l'opposition au commandement de payer et une décision sur le maintien de la couverture d'assurance.

Le 29 mars 2010, l'assurance a répondu que le courrier du 25 août 2009 s'était perdu, qu'elle prendrait à sa charge l'entier des frais relatifs à la consultation du 2 juin 2009 et que, pour le surplus, une décision sur opposition relative aux prestations après accouchement serait rendue prochainement.

**B.** Le 8 avril 2010, l'assurance a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition du 15 février 2010.

Par courrier du 5 mai 2010, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 8 avril 2010 et pour déni de justice ensuite de l'absence de décision sur le maintien de son affiliation.

Par réponse du 8 juillet 2010, l'assurance intimée a conclu au rejet du recours concernant la décision sur opposition du 8 avril 2010.

Elle a également communiqué une décision formelle, notifiée le 6 juillet 2010 à l'assurée, s'agissant du maintien de son affiliation.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie]; RS 832.10). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs, comme en l'espèce, la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La recourante soutient que les frais de la consultation médicale du 7 mai 2009 sont à la charge de son assurance maladie et conteste dès lors la décision sur opposition rendue par la caisse intimée le 8 avril 2010.

**a)** Selon l'art. 1a al. 2 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accidents - dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge - et de maternité. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier (art. 5 LPGA).

Selon l'art. 29 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques à la maternité. Ces prestations, pour lesquels l'assureur ne peut exiger aucune participation (art. 64 al. 7 LAMal), comprennent selon l'al. 2 de l'art. 29 LAMal les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (let. c) et les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (let. d). Le Conseil fédéral, lequel est chargé d'édicter les dispositions aux fins d'exécution de la loi, a délégué cette compétence, pour autant qu'elle concernait les prestations visées à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal, au Département fédéral de l'intérieur (art. 33 let. d OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]). Celui-ci a édicté le 20 septembre 1995, l'OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31). Les prestations spécifiques en cas de maternité sont réglées aux art. 13 à 16 OPAS (examens de contrôle, préparation à l'accouchement, conseils en cas d'allaitement).

L'article 13 OPAS définit les cinq types d'examens de contrôle pris en charge par l'assurance-maladie en cas de maternité (contrôles; contrôles ultrasonographiques; examen prénatal au moyen de la cardiotocographie; amniocentèse, prélèvement des villosités choriales; un examen de contrôle post-partum entre la sixième et la dixième semaine après l'accouchement). En cas de grossesse à risque, il y a renouvellement des examens selon l'évaluation clinique. Cette énumération d'examens est exhaustive.

A l'ATF 127 V 268, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA), confirmant la jurisprudence rendue sous l'empire de la précédente loi sur l'assurance-maladie (LAMA), a précisé que selon le nouveau droit également, les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie, ce qui entraîne l'obligation des assurées de participer aux coûts des prestations dont elles bénéficient. La distinction entre les prestations obligatoires lors d'une grossesse normale et celles en cas de grossesse avec complications est en effet compatible avec le sens et le but de la réglementation prévoyant la libération de toute participation aux coûts des prestations en cas de maternité (cf. également RAMA 2004 n° K 300, p. 383, confirmé, à l'aune de l'art. 5 LPGA, par arrêt du TFA non publié du 2 mai 2005, K 136/04; TFA, arrêt H. du 14 octobre 2000, K 14/01).

**b)** En l'espèce, force est de constater que les prétentions de la recourante doivent être rejetées, puisque, dans la période post-partum, un seul examen, à l'entière charge de l'assurance-maladie, est prévu entre la sixième et la dixième semaine suivant l'accouchement. Tel n'est pas le cas de l'examen du 7 mai 2009, puisque l'assurée a accouché le 16 avril 2009. A cela s'ajoute le fait que cet examen a été effectué en raison des douleurs dont souffrait l'assurée à la suite de sa césarienne. Il s'agit ainsi manifestement d'un examen nécessité par des complications; par conséquent, et contrairement à ce qu'affirme l'assurée, il rentre précisément dans le cadre de la jurisprudence précitée du tribunal fédéral des assurances. Il ne s'agit par ailleurs pas non plus d'un examen dans le

cadre d'une grossesse à risque, puisque ceux-ci ont lieu durant la grossesse et non après. Cela étant, c'est bien à la recourante qu'il incombe de supporter les frais de l'examen gynécologique du 7 mai 2009.

Pour le surplus, la facture litigieuse a fait l'objet de rappels et d'une sommation, sans que la recourante n'invoque un motif pertinent pour justifier son retard dans le paiement des prestations qui lui étaient réclamées, de sorte qu'elle doit également supporter les frais administratifs qu'elle a occasionnés (art. 105b al. 3 OAMal et art. 3 al. 1 des "Dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal" [conditions générales applicables au contrat]). Ceux-ci se composent des frais d'ouverture de dossier par 80 fr. et des frais de sommation par 30 francs. La décision sur opposition du 8 avril 2010 ne prête dès lors pas le flanc à la critique.

**3.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 5 mai 2010 par I. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 avril 2010 par H. \_\_\_\_\_ 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 :

- I. \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains,
- H. \_\_\_\_\_, à Martigny,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :