

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2011

---

Présidence de M. NEU, juge unique  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à Montreux, recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc,  
avocat à Château-d'Oex,

et

**N.**\_\_\_\_\_, à Berne, intimée.

---

**Art. 25, 35, 39 al. 1 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** En 2009, F.\_\_\_\_\_ était assurée auprès de N.\_\_\_\_\_ pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), le risque accident étant inclus et la franchise annuelle fixée à 300 francs. Elle disposait aussi auprès de cet établissement de diverses assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA), intitulées "Traitements ambulatoires III", "Médecine complémentaire II", "Hôpital" et "Ass.-accidents complémentaire des frais de guérison". Les conditions générales d'assurance (CGA), édition janvier 2009, étaient applicables à l'assurance obligatoire des soins N.\_\_\_\_\_ Med Direct. Les assurances complémentaires étaient quant à elles régies par des conditions générales du contrat d'assurance valables dès 2007 et des conditions complémentaires (CC) spécifiques à chaque contrat.

L'assurance N.\_\_\_\_\_ Med Direct est fondée sur le principe d'une fourniture des soins de base par le médecin de famille choisi par l'assuré, auquel est confié la prise en charge globale de l'assuré, y compris le conseil (CGA, 1.6). Les traitements hospitaliers en division commune sont pris en charge jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence pour les prestations hospitalières ou semi-hospitalières réalisées par des fournisseurs admis (CGA, 2.5).

L'assurance complémentaire "Hôpital" prévoit la couverture des frais d'hospitalisation dans les divisions commune des hôpitaux dans toute la Suisse. Selon les conditions complémentaires, édition janvier 2008, cette assurance comprend, dans la division hospitalière assurée, les frais de séjour dans un hôpital pour cas aigus en Suisse, en complément à l'assurance obligatoire des soins. Sont considérés comme hôpitaux pour cas aigus les institutions/divisions reconnues par l'assurance, dont le but consiste à traiter des maladies aiguës ou à exécuter la réadaptation en milieu hospitalier, qui sont dirigées par un médecin et qui disposent du personnel qualifié ainsi que des équipements médicaux adéquats (CC, ch. 1.1). Pour les séjours dans une division autre que la division assurée, en

particulier lorsque une personne assurée en division commune séjourne en division privée, l'assurance alloue ses prestations à hauteur de 30 % des frais (CC, ch. 3.3).

**B. a)** Le 15 juillet 2009, la fille de dame F.\_\_\_\_\_ a contacté téléphoniquement N.\_\_\_\_\_ pour l'informer que sa mère allait être prochainement hospitalisée au T.\_\_\_\_\_ pour une opération de la hanche qui serait pratiquée par le Dr C.\_\_\_\_\_. M. M.\_\_\_\_\_, qui a traité cet appel, indique dans le procès-verbal rendant compte de cette conversation qu'il a formellement avisé l'intéressée que N.\_\_\_\_\_ ne prendrait aucun frais en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins et que, de plus, N.\_\_\_\_\_ n'avait pas signé de convention avec cet établissement. Il conclut que dame F.\_\_\_\_\_ devait ainsi s'attendre à devoir assumer des frais relativement importants.

Par lettre adressée à N.\_\_\_\_\_ le 15 juillet 2009, reçue le 17 juillet 2009, F.\_\_\_\_\_ a demandé à son assurance de lui confirmer par écrit la prise en charge de l'intervention d'urgence, agendée au 20 juillet suivant, liée à la pose d'une prothèse de la hanche droite par le Dr C.\_\_\_\_\_. Dans ce courrier, elle demande aussi à N.\_\_\_\_\_ de "bien vouloir participer au règlement de la facture en me laissant à payer la différence entre T.\_\_\_\_\_ et le coût pratiqué par un hôpital régional".

Le 23 juillet 2009, N.\_\_\_\_\_ répondait à F.\_\_\_\_\_ en ces termes:

"Vous nous avez informés de votre hospitalisation au T.\_\_\_\_\_. T.\_\_\_\_\_ ne figure pas sur la liste LAMal des hôpitaux du canton de Vaud établie par le Service de la santé publique. De ce fait, il n'est pas autorisé à facturer des prestations hospitalières à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette part AOS représente un montant de CHF 616.- par jour qui restera à votre charge. Etant donné qu'aucune convention n'existe entre N.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, la facture vous sera directement adressée. A réception de celle-ci, vous pourrez nous l'envoyer pour examen des prestations auxquelles vous avez droit au titre de l'assurance complémentaire "Hôpital", ceci en fonction de la division hospitalière que vous avez choisie".

**b)** Le 29 juillet 2009, T.\_\_\_\_\_ a établi une facture de 9'500 fr. pour l'intervention pratiquée et le séjour de dame F.\_\_\_\_\_ dans son établissement. La patiente a adressé ce document à N.\_\_\_\_\_, qui en a accusé réception le 11 août 2009.

Dans un décompte de prestations du 4 septembre 2009, N.\_\_\_\_\_ a pris en charge un montant de 2'110 fr. 80 sur la part de traitement hospitalier au titre de l'assurance complémentaire pour frais de guérison, soit une participation de 30 % sur le montant de 7'036 fr. Dans ce décompte, l'assurance précise ne rien prendre en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, les frais de séjour, par 2'464 fr., n'étant pas couverts.

**c)** Plusieurs échanges de courriers ont ensuite eu lieu entre N.\_\_\_\_\_ et la protection juridique consultée par F.\_\_\_\_\_. Par l'intermédiaire de son conseil, cette dernière a, le 14 janvier 2010, sollicité de la caisse qu'elle rende une décision formelle.

**C. a)** Par décision du 26 janvier 2010, N.\_\_\_\_\_ a refusé de prendre en charge toute prestation au titre de l'assurance obligatoire des soins sur la facture de 9'500 fr. établie par le T.\_\_\_\_\_ pour l'hospitalisation de Mme F.\_\_\_\_\_ du 20 au 23 juillet 2009.

F.\_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision.

**b)** Par décision sur opposition du 27 juillet 2010, N.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par dame F.\_\_\_\_\_ et refusé la prise en charge des coûts au titre de l'assurance obligatoire des soins sur la facture litigieuse.

Après avoir rappelé que le litige ne portait que sur les prestations qui pourraient être allouées au titre de l'assurance obligatoire des soins (et non sur celles qui relevaient de l'assurance complémentaire), N.\_\_\_\_\_ a souligné que, selon l'art. 39 LAMal, les cantons dressaient une liste des établissements médicaux admis à facturer à charge de

l'assurance obligatoire des soins. Dans la mesure où T.\_\_\_\_\_ ne figurait pas dans cette liste, aucune prestation n'était due à ce titre, quand bien même cet établissement disposait d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Vaud. N.\_\_\_\_\_ souligne au demeurant qu'il appartenait au Dr C.\_\_\_\_\_, en tant que responsable du T.\_\_\_\_\_ et fournisseur de prestations, d'informer sa patiente des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. De l'avis de N.\_\_\_\_\_, l'assurance ne saurait se voir imputer un éventuel défaut d'information du Dr C.\_\_\_\_\_.

**D.**           **a)** Le 31 juillet 2010, F.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée. Invoquant la protection de sa bonne foi, elle demande à être mise au bénéfice des prestations de l'assurance obligatoire, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour fixation de ces dernières.

Dans sa réponse du 24 août 2010, N.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 3 septembre 2010, F.\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions principales et, subsidiairement, a conclu ce que soit également pris en charge les soins fournis par son médecin traitant à l'hôpital, dans son cabinet de consultation ou à domicile, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour fixation de ces derniers.

Dans des déterminations complémentaires déposées le 27 septembre 2010, N.\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions.

**b)** Le 8 novembre 2010, une audience d'instruction s'est tenue au Palais de justice de l'Hermitage, à Lausanne. Les parties ont été entendues.

Pour faire suite à la demande de Me Duc, il a été procédé, à l'issue de cette audience, à un ultime échange d'écritures.

Dans un mémoire déposé le 17 novembre 2010, F.\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions antérieures. N.\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur

cette écriture le 30 novembre 2010 et conclu une nouvelle fois au rejet du recours.

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

**1.** 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 LPGA), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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).

Compte tenu de la valeur litigieuse, inférieure à 30'000 fr., l'affaire relève de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** Le litige porte en l'espèce sur le point de savoir si F.\_\_\_\_\_ a droit à la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais résultant de son séjour au T.\_\_\_\_\_ entre les 20 et 23 juillet 2009, à la suite de son opération de la hanche. Il ne porte nullement sur la

question d'une éventuelle couverture de ceux-ci par son assurance complémentaire.

**3. a)** L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Ces prestations comprennent les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let a LAMal). Selon l'art. 35 al. 1 LAMal, sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal. Il s'agit notamment des hôpitaux (art. 35 al. 2 let. h LAMal). A cet égard, l'art. 39 al. 1 LAMal précise notamment ce qui suit:

"Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats."

La loi fixe ainsi de manière impérative les conditions auxquelles un fournisseur de prestations peut être admis à pratiquer aux frais de l'assurance obligatoire des soins (art. 35 LAMal). C'est pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux l'objet de l'art. 39 al. 1 LAMal. Parmi les conditions fixées par cette disposition, celle relative à la publicité et à la transparence (let. e) oblige ces établissements à figurer

sur la liste dressée par le canton et classant les établissements par catégorie en fonction de leurs mandats (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 149).

**b)** Comme le Tribunal fédéral l'a déjà précisé à de nombreuses reprises (PJA 2003, p. 1243), le texte de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal restitue le véritable sens voulu par le législateur. Le fait que le projet du Conseil fédéral - qui reposait sur un régime de planification hospitalière développée - ait été considérablement modifié par celui-ci ne constitue pas un motif de s'écarter d'un texte clair adopté par le législateur. Assimilable à un registre public, la liste sert à la sécurité du droit. Tous les intéressés - fournisseurs, assurés et assureurs - doivent pouvoir se réclamer en tout temps de son caractère obligatoire. Elle déploie donc ses effets de publicité tant négatifs que positifs: chaque institution qui, à un moment donné, figure sur la liste hospitalière d'un canton doit, à ce moment, être considérée comme admise au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal. A contrario, l'institution qui ne figure pas sur la liste n'est pas légitimée à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts causés par le séjour d'assurés. Il n'est dès lors pas question de déroger par voie d'interprétation au sens littéral du texte de l'art. 39 al. 1 let c LAMal, la volonté du législateur étant que pour être admis à pratiquer aux frais de l'assurance obligatoire des soins, les établissements figurent sur la liste cantonale et remplissent ainsi la condition relative à la publicité et à la transparence (cf. TFA K 137/04 du 21 mars 2006; TF 9C\_618/2009 du 14 avril 2010, c. 2.1).

**c)** En l'occurrence, le T.\_\_\_\_\_ ne fait pas partie des établissements autorisés à facturer ses prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins, comme en atteste la liste LAMal figurant également sur le site internet de l'Etat de Vaud (cf. [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante\\_social/services\\_soins/fichiers\\_pdf/Arrete\\_liste\\_LAMal\\_hopitaux\\_1998.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/fichiers_pdf/Arrete_liste_LAMal_hopitaux_1998.pdf)). Aussi, vu la jurisprudence rendue en la matière et rappelée ci-dessus, les prestations fournies par le T.\_\_\_\_\_ ne sont-elles pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le fait que le T.\_\_\_\_\_ figure par ailleurs sur

d'autres listes, notamment sur la "liste des hôpitaux et cliniques de soins aigus somatiques", qui répertorie les établissements autorisés à pratiquer dans le canton de Vaud (cf. [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers\\_pdf/Liste\\_ext\\_Hopitaux\\_cliniques\\_soins\\_aigus\\_somatiques.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Liste_ext_Hopitaux_cliniques_soins_aigus_somatiques.pdf)), reste sans incidence sur ce constat.

**4.** Se prévalant de sa bonne foi, la recourante fait néanmoins valoir qu'au vu des renseignements qui lui ont été donnés par N.\_\_\_\_\_, elle pouvait partir de l'idée que les frais liés à son hospitalisation seraient pris en charge par son assurance.

**a)** Le droit à la protection de la bonne foi permet au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies:

1. l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées;
2. elle a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence;
3. l'administré n'a pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu;
4. s'est fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice;
5. la loi n'a pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (cf. TFA K145/01 du 6 mai 2002).

La protection de la bonne foi ne suppose pas toujours l'existence d'un renseignement ou d'une décision erronés. Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué avec succès en présence, simplement, d'assurances ou d'un comportement de l'administration susceptibles d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime. Mais, dans un tel cas, l'assuré ne peut,

conformément à l'art. 3 al. 2 CC, se prévaloir de sa bonne foi si, nonobstant les doutes qui s'imposent, il a manqué de la diligence requise par les circonstances, notamment en s'abstenant de vérifier une information (RAMA 1999 KV 97, p. 525 c. 4b et les réf. cit).

**b)** En l'occurrence, il résulte du procès-verbal établi le 15 juillet 2009 par M. M.\_\_\_\_\_ à la suite du téléphone de la fille de la recourante que cette dernière a été avisée qu'aucun frais ne serait pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins et, partant, que sa mère devait s'attendre à devoir assumer des frais relativement importants. L'intimée a confirmé ces éléments par écrit lorsqu'elle a répondu au courrier du 15 juillet 2009 de son assurée. Lors de l'audience du 6 novembre 2010, la recourante a expliqué qu'elle aurait de toute manière choisi le Dr C.\_\_\_\_\_ pour chirurgien, même en sachant que celui-ci ne pratiquait d'interventions chirurgicales qu'au T.\_\_\_\_\_. Elle a précisé au demeurant que son chirurgien l'avait rendue attentive au fait que N.\_\_\_\_\_ ne prendrait pas en charge l'intervention et l'hospitalisation au titre de l'assurance obligatoire mais qu'elle pouvait toujours tenter d'infléchir sa position. La recourante a ajouté que la situation d'urgence chirurgicale tenait à de grandes souffrances ainsi qu'à un risque de perte d'équilibre de sorte que, après la conversation téléphonique du 15 juillet 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ l'a reçue en consultation et a fixé l'opération à la prochaine date utile, soit le lundi 23 (recte: 20) juillet 2009.

De l'aveu même de la recourante, son opération, planifiée au regard des disponibilités de son chirurgien C.\_\_\_\_\_, n'avait donc pas à proprement parler de caractère urgent. A cela s'ajoute que l'assurée a reconnu que ce médecin l'avait clairement rendue attentive au fait que le coût de l'intervention ne serait pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire, seule une complémentaire étant en mesure de permettre la couverture des frais; elle a néanmoins "tenté le coup", espérant un geste de la caisse en se fondant sur une logique d'équité.

A cela s'ajoute que le compte rendu de l'entretien de la fille de la recourante et du gestionnaire de la caisse et le fait que celui connaissait

fort bien son interlocutrice - elle-même au fait de la procédure en vigueur pour avoir travaillé au sein de l'entreprise intimée - permettent de retenir qu'aucune promesse, respectivement qu'aucun renseignement erroné n'a été donné par la caisse, qui a réagi sans tarder à l'échange d'écritures subséquent initié par la fille de la recourante, cela dans un délai on ne peut plus raisonnable compte tenu de l'échéance fixée qu'était la date de l'opération en question.

Dans ces circonstances, la recourante ne saurait se prévaloir de l'application du principe de la bonne foi dans le cas particulier.

**c)** Le T. \_\_\_\_\_ ne figurant pas, on l'a vu, dans la liste cantonale des établissements hospitaliers admis à prester à charge de la LAMal, et faute pour la recourante de pouvoir se prévaloir de sa bonne foi, il convient de se rallier à l'argumentation juridique amplement développée par l'intimée, de manière claire et complète, pour motiver le refus d'allouer des prestations au titre de l'assurance obligatoire. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'entrer en matière sur les arguments développés par la recourante - qui aimerait voir l'ensemble des honoraires de son médecin et les prestations liées à l'intervention couvertes au titre de prestations de chirurgie ambulatoire - dès lors que ceux-ci relèvent sans doute d'un droit souhaitable, mais trouvent manifestement un écueil dans la réglementation actuellement en vigueur, qui s'impose.

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

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. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 27 juillet 2010 par N.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Louis Duc, avocat (pour Mme F. \_\_\_\_\_),
- N. \_\_\_\_\_,
- 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 :