

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

N._____, à Cugy, recourante,

et

A._____ **SA**, au Mont-sur-Lausanne, intimée.

Art. 25 al. 1, al. 2 let. a et e, 39 al. 1, 43 al. 1, 2 et 4, 49 LAMal

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante) est assurée auprès d'A._____ (ci-après: A._____ ou l'intimée) depuis le 1^{er} juillet 1995. En 2010, elle est au bénéfice des catégories d'assurance suivantes: T._____: assurance obligatoire des soins avec franchise minimale légale de 300 fr., risque accident inclus. C._____: assurance complémentaire des soins spéciaux élargis, sans risque accident.

Par courrier du 28 mai 2010 adressé au médecin-conseil d'A._____, la Dresse M._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, préconise pour l'assurée une mastectomie bilatérale sous-cutanée avec pose d'implants mammaires. Le service médical de l'assureur-maladie, par courrier du 22 juin 2010, informe la Dresse M._____ que leur médecin-conseil n'est pas en mesure de formuler son préavis mais que sa patiente est disposée à le voir.

L'assurée consulte le Dr E._____, médecin-conseil d'A._____, le 9 juillet 2010. Par lignes du 16 juillet 2010, l'assureur-maladie accepte la prise en charge d'une mastectomie bilatérale sous-cutanée avec pose d'implants dans le cadre d'un séjour en division générale d'un hôpital public vaudois. Le 15 novembre 2010, A._____ faxe à la clinique de L._____ une garantie d'hospitalisation à hauteur de 627 fr. par jour, tout compris. Par décompte de prestations tiers payant du 28 janvier 2011, l'assureur-maladie alloue ses prestations légales pour l'hospitalisation de l'assurée du 5 au 11 décembre 2010 à la clinique de L._____, soit 4'389 francs (627 fr. x 7).

Le 17 février 2011, A._____ retourne à l'assurée une facture de 1'671 fr. 35 pour du matériel d'implantation, laquelle doit être adressée à son assurance complémentaire. Par courrier du 5 avril 2011, Z._____ explique à l'assurée que le coût des implants mammaires relève d'une prestation obligatoire selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10). A._____, par courrier du 19 avril 2011,

précise à l'assurée que le forfait journalier "tout compris" alloué en cas de séjour en clinique privée inclut les prothèses.

A._____, par décision formelle du 17 mai 2011, confirme à l'assurée que son décompte de prestations du 28 janvier 2011 est conforme à ses obligations légales.

L'assurée, par courrier du 23 mai 2011, souhaite que Z._____ lui rembourse ses implants mammaires. Par courrier du 27 mai 2011, Z._____ précise à l'assurée qu'elle s'en remettra de facto aux conclusions du tribunal et conseille donc à l'assurée de faire opposition à la décision d'A._____, puis de recourir contre la décision sur opposition.

Par courrier du 30 mai 2011, l'assurée s'oppose à la décision d'A._____ du 17 mai 2011.

Par décision sur opposition du 21 juillet 2011, A._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée.

B. A l'appui de son recours du 17 août 2011 formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal ainsi que dans son écriture ultérieure du 2 novembre 2011, la recourante a relevé que tant A._____ que Z._____ font valoir leurs droits en étayant leurs arguments respectifs, que ces deux assureurs s'accordent sur le bien fondé de la mastectomie bilatérale sous-cutanée avec pose d'implants, que le seul désaccord a trait aux frais engendrés par le matériel que représente lesdits implants et que les deux assureurs attendent la décision de l'Autorité de céans pour savoir à qui incombera le paiement partiel ou total de la facture de 1'671 fr. 35.

Par réponse du 21 septembre 2011, A._____ a conclu au rejet du recours et reconventionnellement à la constatation qu'il ne lui appartenait pas de prendre en charge le coût (1'671 fr. 35) des implants mammaires de Mme N._____ et qu'en allouant le forfait socle dit de

base, soit 627 fr. par jour tout compris, elle a respecté ses obligations légales.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, 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, les conclusions à l'appui de l'acte de recours tendent à ce que le tribunal de céans précise lequel de l'assureur-maladie obligatoire A. _____ ou de l'assureur-maladie complémentaire Z. _____ est tenu de prendre en charge les implants mammaires à hauteur de 1'671 fr. 35. On peut cependant en déduire que la recourante a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'A. _____ est condamnée à prendre en charge la facture de 1'671 fr. 35 encore litigieuse. S'agissant des conclusions reconventionnelles de l'intimée tendant à la constatation qu'il ne lui appartenait pas de prendre en charge le coût des implants mammaires, on relèvera que l'intimée n'a pas un intérêt digne de protection à obtenir une décision de constatation sur ce qui précède (art. 49 al. 2 LPGA; cf. aussi l'art. 25 al. 2 en liaison avec l'art. 5 al. 1 let. b PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021]; ATF 129 V 289 consid. 2.1, 126 II 300 consid. 2c et les références), le rejet du recours impliquant de facto que l'intimée n'a pas à prendre en charge lesdits coûts. Il sied de relever à cet égard que

l'assureur-maladie complémentaire Z._____ a déclaré à la recourante s'en remettre aux conclusions de la Cour dans le présent litige.

b) La loi cantonale sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 (LPA-VD, RSV 173.36) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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). La valeur litigieuse - qui s'élève à 1'671 fr. 35 - étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (al. 2 let. a), ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 al. 1, 1^{ère} phrase LAMal), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré (art. 41 al. 1, 2^{ème} et 3^{ème} phrase LAMal dans sa teneur au 1^{er} janvier 2009 en vigueur au 31 décembre 2011).

Sont considérés comme des hôpitaux 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 (art. 39 al. 1 LAMal). Leur admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en qualité de fournisseurs de prestations présuppose notamment qu'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, et figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat, les

organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (art. 39 al. 1 let. d et e LAMal).

b) Selon l'art. 43 al. 1, 2 et 4 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, le tarif constituant une base de calcul de la rémunération; les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Si aucune convention ne peut être conclue entre les partenaires tarifaires, l'art. 47 al. 1 LAMal prévoit qu'il appartient au gouvernement cantonal de fixer le tarif, après consultation des intéressés. L'art. 49 LAMal fournit les principes de calcul des conventions tarifaires dans le domaine hospitalier, notamment la tarification sur la base de forfaits, qui comprennent aussi bien la rémunération du traitement hospitalier que le séjour à l'hôpital. En vertu du champ d'application de la loi déterminé à l'art. 1a LAMal, la procédure décrite ne s'applique toutefois qu'aux tarifs qui ont pour objet des prestations obligatoires de soins, c'est-à-dire qui ont trait, en matière d'hospitalisation, aux séjours des assurés en division commune exclusivement (art. 25 al. 1 et 2 let. e, ainsi que 49 al. 4 LAMal; ATF 125 V 101 consid. 3e; RAMA 2001 n°KV 181 p. 426 consid. 3.2.1).

c) En cas d'hospitalisation en division commune dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics vaudois, les soins sont facturés par un forfait dénommé "forfait APDRG", soit un montant déterminé en fonction du type de pathologie ou de traitement. Cette rémunération épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune (art. 49 al. 4 LAMal).

3. a) A l'instar de l'intimée, on doit constater que si la recourante avait été hospitalisée en division commune d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics vaudois, ses implants mammaires auraient été compris dans le forfait "APDRG" facturé à son assureur-maladie.

C'est la raison pour laquelle A._____, par courrier du 16 juillet 2010, avait accepté d'allouer ses prestations légales pour "une mastectomie bilatérale sous-cutanée avec pose d'implants dans le cadre d'un séjour en division générale d'un hôpital public vaudois".

N._____ a été hospitalisée à la clinique de L._____ du 5 au 11 décembre 2010. Cette clinique est un établissement privé, figurant dans la planification hospitalière du canton de Vaud pour sa division privée uniquement. Pour ce séjour hospitalier, la recourante a droit à une contribution de son assurance obligatoire des soins. Toutefois, l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins d'une seule division privée a pour conséquence que la contribution précitée ne peut être calculée sur la base d'une convention tarifaire établie en conformité avec l'article 49 LAMal.

b) Par arrêt du 5 décembre 2007 (TF K 115/2006), le Tribunal fédéral des assurances a précisé que lors d'une hospitalisation en clinique privée, "l'assuré n'a droit qu'au remboursement des frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de l'affection, qui, si elles n'étaient pas octroyées lors d'un séjour en division privée ou semi-privée, seraient de toute façon dispensées dans le cadre d'un traitement en division commune et facturées à l'assureur-maladie" (contribution dite de base, "Sockelbeitrag"; ATF 123 V 290 consid. 6b/dd).

Le forfait socle 2010 à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas d'hospitalisation en clinique privée dans le canton de Vaud, a été obtenu en divisant la part à charge des assureurs-maladie au financement des patients A LAMal vaudois hospitalisés en division commune dans les hôpitaux de soins somatiques de la CVHo par le nombre de journées réalisées. Il est par conséquent fixé en fonction des "forfaits APDRG" facturés aux assureurs-maladie.

Ledit forfait s'élevait en 2010 à 627 fr. par jour, tout compris.

Par conséquent, il n'appartient pas à l'assurance obligatoire des soins de la recourante de prendre en charge le coût des implants mammaires et ce en sus du montant de 4'389 fr. (627 fr. x 7) alloué par décompte de prestations du 28 janvier 2011.

4. En conséquence, mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition rendue le 21 juillet 2011 par l'intimée confirmée.

Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 17 août 2011 par N. _____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2011 par A. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- N. _____,
- A. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :