

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par DAS Protection Juridique SA,
à Étoy,

et

P. _____, à Lausanne, intimée.

Art. 25 LAMal ; 36 al. 1, 2 et 4 OAMal

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée), née en 1936, est affiliée depuis le 1^{er} janvier 2003 auprès de P._____ caisse-maladie (ci-après : P._____) s'agissant de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal (loi fédéral sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994). De plus, elle a souscrit auprès de P._____ une assurance complémentaire soumise à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurances), à savoir « [...] », pour soins spéciaux élargis. A cet égard, elle bénéficie des garanties 1 à 3 de la Convention d'assistance touristique, dont la teneur est la suivante :

« Garantie 1 Organisation des soins et prise en charge des frais médicaux

A la suite d'une maladie ou d'un accident, l'organisme d'assistance :

1. organise, à la demande du bénéficiaire, les consultations médicales nécessaires (médecin, hôpital, analyses, interventions chirurgicales...),
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.-,
3. avance, contre reconnaissance de dette ou dépôt de garantie à effectuer à son siège administratif, et avec l'accord de P._____ Assurances SA, toute somme excédant le plafond de CHF 10'000.- prévu à l'alinéa 2 ci-dessus. Toute avance devra être remboursée à l'organisme d'assistance par le bénéficiaire dès son retour au pays de résidence,

exclusions :

- les frais médicaux et chirurgicaux prescrits par un médecin en Suisse respectivement au pays de résidence ;
- les frais ordonnés après expiration de la garantie ainsi que ceux engagés après le retour en Suisse ou au pays de résidence ;
- les frais de prothèse, d'optique et de cure thermale.

Garantie 2 Transports sanitaires

En cas de raison médicale grave, l'organisme d'assistance

1. facilite l'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de l'accident ;
2. transfère le bénéficiaire, si nécessaire, par tout moyen approprié (ambulance, avion de ligne, avion sanitaire privé) vers un centre hospitalier proche du lieu de l'accident ou de la maladie plus

- adapté au traitement à lui faire suivre selon la nature des blessures, de la lésion ou de la maladie ;
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 ;
 4. le cas échéant, rapatrie le bénéficiaire vers un centre hospitalier proche de son domicile au pays de résidence si sa condition le permet. Ce rapatriement sanitaire sera effectué par tout moyen adéquat, y compris l'avion sanitaire privé. Si l'état du bénéficiaire le nécessite, le transport sanitaire sera effectué sous surveillance médicale.

Garantie 3 Rapatriement après décès

[...] »

B. En vacances sur une île en Grèce depuis le 28 mai 2010, l'assurée a dû être hospitalisée en urgence le 19 juin 2010, en raison de diverticulites. D'abord en hélicoptère, elle a ensuite été transportée en ambulance jusqu'à l'Hôpital M._____. Le 22 juin 2010, elle a été rapatriée en Suisse.

I._____, organisme d'assistance à l'étranger pour P._____, a adressé à l'assureur-maladie une demande d'assistance concernant la prise en charge des frais médicaux et le rapatriement sanitaire de l'assurée. Par courriel du 21 juin 2010, une employée de P._____ a indiqué à I._____ que l'assurée, au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins, devait avancer les frais en cas d'hospitalisation ; une fois de retour en Suisse, elle devait fournir à l'assurance-maladie une facture originale détaillée avec la nature de l'affection. Par retour de courriel, I._____ a informé P._____ que l'assurée n'était pas en possession d'une somme suffisante sur sa carte de crédit, de sorte qu'elle avait « placé une prise en charge ».

Une facture détaillée émise par l'Hôpital M._____ pour les soins prodigués à l'assurée du 19 au 22 juin 2010 a été adressée à I._____. Son montant, de 12'281.26 euros, correspondait à la facture de l'hôpital proprement dite, soit 9281.26 euros, et aux prestations des médecins, soit 3000 euros. I._____ a accusé réception de la facture le 25 juin 2010 et mentionné à l'Hôpital M._____ n'être autorisée à garantir

qu'un montant de 7000 euros, le solde devant être facturé à l'assurée directement. La facture a finalement été arrêtée à 7000 euros, auxquels s'ajoutaient 940 euros de frais de suivi médical ; en francs suisses, le montant total s'élevait à 10'722 fr. 48.

Le 26 juillet 2010, P._____ a adressé à l'assurée un décompte de prestations aux termes duquel l'assurance-maladie prenait en charge le montant de 2'523 fr. 40 (soit 1'254 fr. selon la LAMal et 1'269 fr. 40 selon la LCA), un solde de 8'774 fr. 50 (soit 8'199 fr. 08 plus 500 fr. de franchise et 75 fr. 40 de quote-part) restant à la charge de l'assurée.

Le 26 août 2010, en réponse à la demande de l'assurée, P._____ a accepté que le montant de 8'774 fr. 50 soit amorti par acomptes mensuels de 500 francs.

Interpellé par P._____, I._____ a précisé le 3 novembre 2010 que « l'Hôpital M._____ est une structure privée connue pour être une des plus chères en Grèce ».

Le 2 décembre 2010, P._____ a adressé à l'assurée, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, un courrier dont la teneur est la suivante :

« Conformément à notre courrier du 3 novembre 2010, nous vous communiquons notre nouvelle position dans ce dossier.

Après réexamen dudit dossier, nous devons malheureusement constater qu'un certain nombre d'erreurs ont été commises dans la gestion de ce cas.

Avec l'Accord sur la libre circulation des personnes entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, la Suisse s'est engagée à participer à la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur dans les Etats membres de l'union européenne (UE), notamment en appliquant un certain nombre de règlements communautaires.

Dans le domaine de l'assurance-maladie, ces différents règlements prévoient un système d'entraide internationale entre Etats en matière de prestations (cf. art. 36, al. 5, OAMal).

Selon une circulaire de l'OFAS du 22 septembre 2003, lorsqu'un fournisseur de soins privé qui ne travaille pas pour le compte de l'assurance-maladie sociale exécute un traitement dans un Etat de

l'UE, les dispositions du droit communautaire ne pouvant s'appliquer, c'est le droit national qui l'est.

Autrement dit, c'est l'article 36, al. 4, OAMal, qui s'applique, l'assureur-maladie devant rembourser au maximum le double des frais remboursés en Suisse pour un cas similaire.

Selon les renseignements fournis par notre organisme d'assistance à l'étranger, l'Hôpital M. _____ à [...] est une structure privée connue pour être très chère en Grèce.

Mme X. _____ ayant souffert de diverticules, sans qu'aucune opération n'ait été pratiquée, nous avons décidé d'allouer le forfait APDRG (All Patient Diagnosis Related Group = forfait par cas de pathologie) no 179 (maladie inflammatoire de l'intestin) en vigueur au CHUV en 2010.

Par conséquent, c'est un montant de CHF 5'164.10 (0.571 x CHF 4522.-- X 2) qui a pu finalement lui être alloué au titre de son assurance obligatoire des soins, en lieu et place du montant initial de CHF 1'254.--.

Quant au montant de CHF 1'269.40, il s'agit des frais facturés par notre organisme d'entraide à l'étranger, lesquels ont été remboursés par l'assurance complémentaire [...] de notre assurée.

En tenant compte des différents montants alloués à Mme X. _____ (cf. décomptes annexés) et des trois versements de CHF 500.- effectués à ce jour par notre assurée, cette dernière nous est encore redevable de la somme de CHF 3'755.40 (cf. affichage du détail d'une écriture), somme qu'elle voudra bien continuer d'amortir par acomptes de CHF 500.-, comme convenu par courrier du 26 août 2010. »

Le 15 décembre 2010, l'assurée, par son assurance de protection juridique, a demandé des explications s'agissant de l'application du forfait APDRG et du choix du n° 179, précisant qu'elle reprendrait ses versements mensuels dès qu'elle aurait tous les éléments en sa possession pour s'assurer du bien-fondé de la détermination de l'assurance-maladie.

Le 4 janvier 2011, P. _____ a répondu que le forfait APDRG représentait un montant supérieur au forfait socle de base alloué au titre de l'assurance obligatoire des soins lors d'une hospitalisation en clinique privée dans le canton de Vaud, soit 627 fr. par jour tout compris en 2010. Quant au choix spécifique du n° 179 (maladie inflammatoire de l'intestin), il s'agissait du forfait correspondant le mieux à l'affection dont l'assurée avait souffert sans qu'aucune opération n'ait été pratiquée. L'assurance

relevait que la durée moyenne d'hospitalisation retenue par ce forfait était de 6.4 jours.

Le 8 mars 2011, un commandement de payer la somme de 3'755 fr. 40, avec intérêt à 5% dès le 30 septembre 2010, a été notifié sur réquisition de P._____ à l'assurée ; il a été frappé d'opposition totale. Le 26 avril 2011, P._____ a rendu une décision de mainlevée, laquelle a fait l'objet d'une opposition le 26 mai 2011. Par lettre du 9 juin suivant, P._____ a fait savoir à l'assurée qu'elle avait annulé la décision de mainlevée du 26 avril 2011, radié la poursuite, et qu'une décision formelle lui serait bientôt notifiée.

Ainsi, par décision formelle du 7 juillet 2011, P._____ a maintenu sa position de demander à l'assurée le remboursement du montant de 3'755 fr. 40.

Par décision sur opposition du 14 décembre 2011, P._____ a rejeté l'opposition du 6 septembre 2011 et confirmé sa décision du 7 juillet 2011 en ce sens qu'« il n'appartient pas à P._____, au titre de l'assurance obligatoire des soins de Mme X._____, de prendre en charge l'ensemble des frais liés à son hospitalisation en Grèce du 19 au 22 juin 2010 ».

C. X._____ a recouru contre cette décision par acte du 30 janvier 2012 en concluant, sous suite de dépens, principalement à sa réforme en ce sens que P._____ est tenue de prendre en charge la totalité des coûts de son hospitalisation en Grèce, subsidiairement au renvoi de la cause à l'assurance-maladie pour complément d'instruction. En substance, elle fait valoir une violation des art. 36 al. 4 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995) et 43 al. 1 LPGa (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000), au motif que le médecin-conseil de l'intimée ne s'est pas prononcé sur le forfait APDRG et que le montant à la charge de l'assurance-maladie devrait être fixé sur les tarifs réels, subvention comprise. Elle reproche à l'intimée une violation de son devoir

d'information au sens de l'art. 27 LPGA, se référant à cet égard à une jurisprudence genevoise. Finalement, elle soutient l'engagement de la responsabilité de P._____ eu égard aux dispositions réglant la gestion d'affaires.

Dans sa réponse du 12 mars 2012, P._____ a conclu au rejet du recours.

La recourante, invitée à déposer ses déterminations, n'a pas usé de son droit.

Le 15 janvier 2014, l'intimée a fait part à la Cour de céans d'une substitution de partie dans le litige pendent, P._____ caisse-maladie ayant transféré son patrimoine et ses activités à P._____ par contrat de transfert de patrimoine du 24 mai 2013.

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 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 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, interjeté dans le respect du délai - compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) - et des autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le montant de la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais liés à l'hospitalisation de la recourante en Grèce, du 19 au 22 juin 2010.

3. a) En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Conformément à l'art. 25 al. 1 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. Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés en milieu hospitalier, ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2 let. 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. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étrange ». Aux termes de l'al. 1 de cette disposition, le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal 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. L'art. 36 al. 2 OAMal dispose en outre que l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a

besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié.

Ce qui est donc déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger ; il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 c. 3.2 ; TFA K_65/03 du 5 août 2003 c. 2.1 ; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n° 475 ss p. 560 s.).

Les prestations visées aux al. 1 et 2 de l'art. 36 OAMal 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* OAMal). 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. Le 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. _____

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.

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

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.

5. Finalement, 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

(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 moeurs, 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, 2^e 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, 2^e 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

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.

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
prononce :**

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 :