

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2012

Présidence de M. MÉTRAL, juge unique
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

A.H._____, à [...], recourante, représentée par **B.H.**_____,

et

A._____, à [...], intimée.

Art. 64 LAMal; 9 Cst.

E n f a i t :

A. En 2010, A.H._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante) était assurée auprès d'A._____ (ci-après: l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le risque accident était inclu et la franchise annuelle s'élevait à 2'000 francs.

Le 13 octobre 2010, B.H._____, père de A.H._____, s'est renseigné auprès d'A._____ sur la prise en charge des frais liés à une opération chirurgicale envisagée pour sa fille. Celle-ci avait été victime d'un accident en 2004-2005 et avait subi une opération au nez. Depuis lors, son nez coulait anormalement, de sorte qu'une nouvelle opération était médicalement indiquée. A._____ a proposé à B.H._____ de s'adresser à l'ancienne caisse maladie de A.H._____, et en cas de refus de celle-ci, de lui faire parvenir les frais liés à l'opération.

Par courriel du 18 octobre 2010, une gestionnaire de prestations auprès du Groupe Z._____, ancienne caisse de l'assurée, a confirmé à B.H._____ que les frais devaient être pris en charge par l'assureur-maladie actuel de sa fille.

Le 10 novembre 2010, A.H._____ a subi ladite opération à la Clinique B._____. A._____ a couvert le cas. Les frais liés à cet acte médical s'élevaient à 2'448 fr. 20.

Le 29 avril 2011, A._____ a facturé le montant de 2'044 fr. 80 à l'assurée, correspondant à la franchise de 2'000 fr. augmentée de la quote-part de 10%, 44 fr. 80.

Par téléphone du 3 mai 2011 à A._____, B.H._____ a contesté la franchise et la quote-part mises à la charge de sa fille. Il estimait que l'assureur-maladie devait couvrir entièrement les frais liés à l'opération, conformément aux renseignements qu'il avait donnés le 13 octobre 2010.

Dans un courrier du 20 mai 2011 à A._____, B.H._____ a demandé le réexamen du dossier de sa fille. Il a fait valoir qu'il avait été induit en erreur par A._____ et a demandé, compte tenu de la situation, un arrangement. Il a également précisé que s'il avait connu la hauteur de sa participation aux coûts, sa fille aurait abaissé sa franchise à 300 fr. pour la prochaine échéance et aurait retardé l'opération en conséquence.

Par courrier du 26 mai 2011, A._____ a écrit à B.H._____ que les services d'A._____ avaient certes commis une erreur, mais que le Groupe Z._____ l'avait renseigné correctement le 18 octobre 2010 en l'informant que le cas était du ressort de la nouvelle caisse-maladie, de sorte qu'il avait organisé l'intervention chirurgicale de sa fille en toute connaissance de cause.

Le 18 août 2011, A._____ a fait parvenir un premier rappel à l'assurée pour le paiement des 2'044 fr. 80, puis un deuxième, le 25 novembre 2011.

Par courrier du 29 novembre 2011 à A._____, B.H._____ a expliqué que l'information fournie par le Groupe Z._____ ne renseignait pas sur les modalités de prise en charge par A._____ et qu'il n'avait ainsi pas eu connaissance de tous les éléments lorsqu'il avait organisé l'intervention. Il a derechef requis un arrangement à l'amiable.

B. Par décision du 15 décembre 2011, A._____ a maintenu sa position et a exigé le paiement des 2'044 fr. 80.

Le 18 janvier 2012, l'assurée a fait opposition à la décision d'A._____ du 15 décembre 2011 pour les motifs énoncés dans ses précédents courriers des 20 mai et 29 novembre 2011.

Par décision sur opposition du 15 février 2012, A._____ a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 15 décembre 2011.

C. Par acte du 11 mars 2012, A.H._____, représentée par son père, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 15 février 2012 rendue par A._____. Elle conclut à la prise en charge par A._____ de l'entier des frais liés à son intervention chirurgicale ayant eu lieu le 10 novembre 2010. Elle conteste sa participation aux coûts, vu les renseignements contradictoires donnés par A._____.

Le 14 mai 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 15 février 2012.

Le 21 mai 2012, le juge instructeur a transmis à la recourante un exemplaire de la réponse de l'intimée du 14 mai 2012 et lui a imparti un délai au 11 juin 2012 pour se déterminer.

La recourante ne s'est pas déterminée à la suite de ce courrier.

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 et 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 sur le point de savoir si A.H._____ doit participer aux coûts (franchise et quote-part) résultant de son opération au nez survenue le 10 novembre 2010.

3. a) Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (alinéa 1); leur participation comprend: (a) un montant fixe par année (franchise) et (b) 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (alinéa 2).

b) L'art. 27 LPGA prévoit que 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. L'alinéa 2 précise que 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. Selon la jurisprudence, on ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (TF 9C_894/2008 du 18 décembre 2008, consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132).

c) Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de ce dernier 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. (ATF 131 V 472 consid.

5 et les références; TF 9C_97/2009 du 14 octobre 2009, consid. 2.2). Selon la jurisprudence (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références), un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur pour autant que les conditions cumulatives suivantes soient remplies:

1. l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées;
2. l'autorité a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence;
3. l'administré a eu de sérieuses raisons de croire à la validité de l'acte suivant lequel il a réglé sa conduite;
4. l'administré s'est fondé sur l'acte en question pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice (ATF 129 II 361 consid. 7.1 et les références);
5. la loi n'a pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée.

4. La recourante ne soutient pas, à juste titre, que la participation légale (franchise et quote-part) facturée par A. _____ est erronée. En revanche, elle fait valoir qu'au vu des renseignements qui ont été donnés à son père par l'intimée, elle pouvait partir de l'idée que les frais liés à son opération seraient entièrement pris en charge par son assurance.

Lors de son entretien avec un collaborateur de l'intimée, le père de la recourante n'a posé aucune question s'agissant de la franchise ou de la quote-part. L'entretien concernait uniquement le principe de la prise en charge par la caisse actuelle ou par l'ancienne caisse. L'employé qui lui a répondu pouvait donc partir du principe qu'il avait connaissance des participations légales, connues de manière générale. Il n'incombait dès lors pas à l'intimée de renseigner le père de la recourante sur la franchise et la quote-part, aucune question spécifique n'ayant été posée sur ces points. En conséquence, vu l'absence de violation de l'obligation de renseigner, la recourante ne peut se prévaloir du droit à la protection de la bonne foi.

Au demeurant, on doit sérieusement se demander si retarder une opération pour pouvoir convenir d'une diminution de la franchise ne serait pas contraire au principe d'assurance - selon lequel on assure un risque dont on ignore encore la survenance au moment de la conclusion du contrat -, voire contraire à l'interdiction de l'abus de droit. Ces deux questions peuvent toutefois demeurer ouvertes, vu l'absence de violation de l'obligation de renseigner.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a exigé de la recourante le versement de 2'044 fr. 80, correspondant à la participation aux coûts due par l'assuré conformément à l'art. 64 LAMal.

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

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). La recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant pas assistée d'un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 15 février 2012 rendue par A. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- B.H. _____ (pour Mme A.H. _____),
- A. _____,
- 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 :