

Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 0/2}  
9C\_61/2007

Arrêt du 25 février 2008  
Ile Cour de droit social

Composition  
MM. les Juges U. Meyer, Président,  
Borella et Seiler.  
Greffier: M. Berthoud.

Parties

G. \_\_\_\_\_,  
recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, avenue de la Gare 1, 1003 Lausanne,

contre

ASSURA, Assurance maladie et accident,  
Z.i. En Budron A1, 1052 Le Mont-sur-Lausanne,  
intimée.

Objet

Assurance-maladie,

recours contre le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 3 janvier 2007.

Faits:

A.

G. \_\_\_\_\_, né en 1950 et domicilié en Suisse, est affilié auprès d'Assura, assurance-maladie et accident, pour l'assurance obligatoire des soins. Au cours d'un séjour en Belgique, il a dû être hospitalisé d'urgence au Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ du 3 au 10 mars 2006. Cet établissement lui a adressé une facture de 356,61 euros à titre de participation personnelle du patient, dont ce dernier s'est acquitté.

L'assuré a transmis la facture à Assura. Dans une lettre du 14 juillet 2006, cet assureur a répondu qu'il refusait de lui rembourser la facture de 356,61 euros, car elle correspondait à la participation légale à charge de l'assuré prévue par la législation belge. Ce refus a fait l'objet d'une décision formelle du 19 juillet 2006.

G. \_\_\_\_\_ a formé une opposition à l'encontre de cette décision, en concluant au remboursement de la somme de 356,61 euros. Il a demandé à l'assureur de lui citer les dispositions légales belges applicables et de se déterminer sur leur application dans le cas d'espèce, au regard des droits suisse et belge. L'assuré a précisé qu'il s'était déjà acquitté de la totalité de la franchise suisse 2006. Assura a rejeté l'opposition, par décision du 8 septembre 2006.

B.

G. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud. Il a conclu à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'assureur afin que celui-ci prenne en charge les prestations demandées ou qu'il complète sa motivation. A l'appui de ses conclusions, il a soutenu que la décision litigieuse était insuffisamment motivée et qu'elle ne lui permettait pas de la comprendre et de l'attaquer utilement.

La juridiction cantonale l'a débouté par jugement du 3 janvier 2007.

C.

G. \_\_\_\_\_ interjette un recours en matière de droit public, subsidiairement un recours constitutionnel, contre ce jugement dont il demande l'annulation, avec suite de dépens, en concluant au renvoi de la cause à l'intimée.

Cette dernière a renoncé à se déterminer, tandis que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a proposé de rejeter le recours à l'issue de son préavis.

Considérant en droit:

1.

En procédure fédérale, le recourant ne conclut plus formellement au remboursement, par l'assurance obligatoire des soins, des franchises et participations belges qu'il a payées à la suite de son hospitalisation en urgence en Belgique, mais il demande uniquement l'annulation du jugement attaqué pour trois motifs. En premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de l'obligation de renseignements et de conseils (art. 27 al. 1 et 2 LPGA) de la part de l'assureur, alléguant que celui-ci aurait dû lui indiquer les règles et principes de droit applicables au cas d'espèce qu'il qualifie de complexe dès lors que le litige quant au fond a trait à l'application du droit belge. Le recourant fait ensuite grief à l'intimée et aux premiers juges de n'avoir pas motivé leurs décisions conformément aux art. 49 al. 3 et 52 al. 2 LPGA, dans la mesure où ils ont refusé de lui donner les explications sur les règles et principes de droit applicables. Ce dernier point, indique-t-il à titre subsidiaire, constitue une violation de son droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst.

Du mémoire de recours, il ressort clairement que le recourant ne s'estime toujours pas en mesure de défendre ses droits en connaissance de cause, en raison des lacunes qu'il voit dans la motivation de la décision administrative et du jugement attaqué. Nonobstant le libellé imprécis des conclusions du recourant, on doit admettre qu'il demande en définitive le renvoi de la cause à l'assureur intimé, afin que ce dernier rende une nouvelle décision motivée sur l'application du droit belge au présent litige, lequel porte sur le remboursement de la facture de 356,61 euros.

2.

2.1 D'après l'art. 95a LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 mars 2006, sont également applicables aux personnes visées à l'art. 2 du Règlement n° 1408/71 en ce qui concerne les prestations prévues à l'art. 4 dudit règlement tant qu'elles sont comprises dans le champ d'application matériel de la présente loi : l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes, son annexe II et les Règlements nos 1408/71 et 574/72 dans leur version adaptée (let. a); l'Accord du 21 juin 2001 amendant la Convention instituant l'Association européenne de libre-échange, son annexe O, l'appendice 2 de l'annexe O et les Règlements nos 1408/71 et 574/72 dans leur version adaptée (let. b).

Selon l'art. 22 par. 1 let. a point i du règlement 1408/71, le travailleur salarié ou non salarié qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'Etat compétent pour avoir droit aux prestations (...) et dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre Etat membre (...) a droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié, la durée de service des prestations étant toutefois régie par la législation de l'Etat compétent.

2.2 Pour justifier son refus, l'intimée s'est référée à l'art. 22 par. 1 let. a point i du règlement 1408/71, en considérant que l'assuré qui séjourne temporairement dans un Etat membre de l'UE/AELE participe aux coûts des traitements conformément à la législation du pays dans lequel les soins lui ont été prodigués. Dans le cas d'espèce, l'intimée a retenu que la Belgique a prévu une participation légale à la charge des assurés belges en cas d'hospitalisation, si bien qu'elle ne pouvait ni rembourser le montant de 356,61 euros au recourant, ni l'imputer sur ses participations légales suisses.

De leur côté, les premiers juges ont confirmé le point de vue de l'intimée, en rappelant que le principe de la territorialité (jus soli) consacré par la norme précitée implique l'application du droit national du lieu du traitement - en l'espèce le droit belge - à la prise en charge par l'assurance-maladie sociale d'une hospitalisation dans le pays du traitement - la Belgique - d'un étranger ressortissant d'un Etat partie à l'ALCP. Dans ces conditions, les franchises et participations devaient être mises à la charge du recourant en vertu du droit belge.

D'après la juridiction cantonale, on doit présumer que la facture du Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ a été établie conformément au droit belge. Par ailleurs, elle a constaté que le recourant n'a nullement rendu vraisemblable que la facture procéderait d'une fausse application du droit belge. En pareil cas, ni le droit international ni la LAMal (y compris ses dispositions d'application) n'imposent à un assureur-maladie suisse de fournir la preuve du droit étranger et le juge ne saurait s'ériger en législateur en instituant pareille obligation. Selon le Tribunal des assurances, le principe du droit du sol, applicable au cas d'espèce, commande à l'assuré de formuler toute réclamation éventuelle selon le droit de l'Etat sur le territoire duquel ont été dispensés les soins d'urgence, auprès des organes de l'Etat en question. De même, aucune mesure d'instruction ou d'interpellation ne se justifie à l'égard des

autorités belges.

2.3 En ce qui concerne le droit du recourant au remboursement des franchises et participations dont il s'est acquitté, l'autorité fédérale de surveillance rappelle aussi, dans son préavis, qu'en cas de traitement médical dispensé pendant un séjour dans un Etat membre de l'UE/AELE, les prestations en nature sont servies, pour le compte de la caisse-maladie suisse, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si le patient y était affilié (art. 22 par. 1 let. a point i du Règlement 1408/71). L'OFSP ajoute que la coordination des règles de sécurité sociale, introduite lors de l'entrée en vigueur de l'ALCP au 1er juin 2002 a pour but d'assimiler le patient étranger à un patient local, sans discrimination aucune, tant au niveau des prestations que des contributions directes à verser. En l'espèce, c'est donc le droit belge qui s'applique à la prise en charge par l'assurance-maladie sociale des frais de traitement du recourant. Concrètement, cela signifie que le recourant a droit aux mêmes prestations médicales qu'un patient assuré en Belgique, que les soins lui sont prodigués aux mêmes conditions tarifaires et que la participation aux frais de traitement est calculée selon le système de la sécurité sociale belge.

Sur ce dernier point, l'OFSP précise qu'en Belgique, la participation de l'assuré aux frais de traitement (appelée « intervention personnelle du bénéficiaire ») est en principe de 25 % pour les soins de médecine générale (art. 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994). Elle est de 12 euros par jour en cas d'hospitalisation en chambre commune. La participation aux médicaments pour un patient hospitalisé se monte à 0,62 euro par jour. La sécurité sociale belge prévoit un système de franchises différent de celui des caisses-maladie suisses. Au-delà d'un certain montant annuel d'interventions personnelles de l'assuré (franchise sociale), certaines catégories d'assurés bénéficient de la gratuité des soins. A cela s'ajoute un remboursement d'impôts pour tout assuré dont le montant des interventions personnelles dépasse un certain plafond (franchise fiscale), fixé en fonction des revenus du ménage. Selon l'OFSP, il ressort de l'examen sommaire de l'extrait de la note d'hospitalisation remise au recourant que l'hôpital belge a facturé ses prestations conformément aux principes susmentionnés, étant donné que le montant des « interventions personnelles » correspond à peu près à 25 % de la facture totale.

3.

En l'espèce, il est admis que la question de la participation personnelle du recourant aux traitements médicaux dispensés en Belgique (le principe et l'étendue) ressortit aux règles du droit belge. Si le préavis de l'autorité fédérale de surveillance apporte à cet égard les éclaircissements que le recourant aurait souhaité obtenir de la part de l'intimée et des premiers juges, cela ne permet pas pour autant d'admettre que l'administration aurait contrevenu à son obligation de renseignements et de conseils (art. 27 al. 1 et 2 LPGA), insuffisamment motivé sa décision (art. 49 al. 3 et 52 al. 2 LPGA) ou violé le droit du recourant d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.). En effet, l'obligation de l'intimée - qui n'était de toute manière pas habilitée à se prononcer par voie de décision sur le bien-fondé de factures émanant d'organes de sécurité sociale étrangers - se limitait en l'espèce à renvoyer le recourant au droit national belge, dont elle pouvait dès lors se dispenser d'énoncer les spécificités. L'intimée a d'ailleurs rempli ses obligations à l'occasion de sa première intervention du 14 juillet 2006, lorsqu'elle a fait savoir au recourant que le droit communautaire (dont elle avait rappelé les dispositions applicables) renvoyait à la législation belge.

A cet égard, la participation personnelle mise à la charge du recourant conformément au droit belge ne pourrait être contestée qu'en vertu des règles de procédure belges, auprès des autorités compétentes de ce pays (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : SBVR/Soziale Sicherheit, 2e éd, n. 501 p. 567). L'assureur et les tribunaux suisses ne sont pas compétents pour connaître de tels litiges et n'ont de surcroît aucune raison de s'exprimer sur la législation belge. Tout au plus pourrait-on se demander si, en vertu de son devoir de renseigner et de conseiller (art. 27 LPGA), l'intimée aurait aussi dû préciser au recourant qu'il devait formuler toute réclamation éventuelle quant au montant des participations demandées auprès des organes belges compétents. Cette dernière question peut rester indécise dans la présente affaire, car en procédure d'opposition, le recourant était déjà assisté par un mandataire qualifié qui ne devait pas ignorer la marche à suivre en pareille circonstance.

Vu ce qui précède, le recours en matière de droit public se révèle infondé.

4.

Quant au recours constitutionnel subsidiaire (art. 116 LTF), il est irrecevable, car le grief que le recourant a soulevé à titre subsidiaire (une violation de l'art. 29 al. 2 Cst.) a pu être examiné dans le

cadre de son recours en matière de droit public (art. 95 let. a LTF).

5.

Le recourant, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours en matière de droit public est rejeté.

2.

Le recours constitutionnel subsidiaire est irrecevable.

3.

Les frais judiciaires, d'un montant de 500 fr., sont mis à la charge du recourant.

4.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 25 février 2008

Au nom de la IIe Cour de droit social

du Tribunal fédéral suisse

Le Président: Le Greffier:

Meyer Berthoud