

VD_FINDINFO HC / 2021 / 321 vom 19. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2021___321

FR: VD_FINDINFO HC / 2021 / 321 du 19 mars 2021

IT: VD_FINDINFO HC / 2021 / 321 del 19 marzo 2021

Regeste

SANTÉ, OBLIGATION DE RENSEIGNER, PATIENT, CONTRIBUTION AUX FRAIS DE CURE, APPRÉCIATION DES PREUVES | 21 LSP, 319 let. a CPC (CH), 322 al. 1 CPC (CH)

Erwägungen

E. 1

La voie du recours est ouverte contre les décisions finales de première instance qui ne peuvent faire l'objet d'un appel (art. 319 let. a CPC [Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 ; RS 272]), notamment lorsque, dans une cause patrimoniale, la valeur litigieuse au dernier état des conclusions est inférieure à 10'000 francs (art. 308 al. 2 CPC a contrario). La décision attaquée ayant été rendue en application de la procédure simplifiée (art. 243 al. 1 CPC), le délai de recours est de trente jours à compter de la notification postérieure de la motivation (art. 321 al. 1 et al. 2 CPC). En l'espèce, écrit, motivé, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes, par une partie qui y a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), et dont la valeur litigieuse est inférieure à 10'000 fr. au dernier état des conclusions, le recours est recevable.

E. 2

Le recours est recevable pour violation du droit (art. 320 let. a CPC) et constatation manifestement inexacte des faits (art. 320 let. b CPC). L'autorité de recours dispose d'un plein pouvoir d'examen s'agissant de la violation du droit (Spühler, Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 3 e éd., 2017, n. 2 ad art. 320 CPC). Elle revoit librement les questions de droit soulevées par le recourant et peut substituer ses propres motifs à ceux de l'autorité précédente ou du recourant (Hohl, Procédure civile, tome II, 2 e éd., Berne 2010, n. 2508). Comme pour l'art. 97 al. 1 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), le grief de la constatation manifestement inexacte des faits ne permet que de corriger une erreur évidente, la notion se recoupant en définitive avec l'appréciation arbitraire des preuves (Corboz et alii, Commentaire de la LTF, éd. Berne 2014, n. 27 ss ad art. 97 LTF ; cf. Jeandin, CR-CPC, 2 e éd. 2019, n. 4 ss ad art. 320 CPC et réf. cit.). De jurisprudence constante, l'arbitraire dans la constatation des faits présuppose une appréciation des preuves manifestement insoutenable, en contradiction avec le dossier ou contraire au sens de la justice et de l'équité ; elle intervient lorsque l'autorité ne tient pas compte, sans raison sérieuse, d'un élément propre à modifier sa décision, se trompe sur le sens et la portée de celui-ci ou encore, se fondant sur les éléments recueillis, en tire des constatations insoutenables (ATF 137 I 58 consid. 4.1.2 sur la notion d'appréciation arbitraire des preuves ; et cf. ATF 140 III 16 consid. 2.1, JdT 2016 II 299, sur la notion d'application arbitraire du droit ; Jeandin, op. cit., n. 5a ad art. 320 CPC et réf. cit.). En application de l'art. 326 CPC, les conclusions, les allégations de faits et les preuves

nouvelles sont irrecevables (al. 1), les dispositions spéciales de la loi étant réservées (al. 2).

E. 3.1

Les recourants contestent devoir à l'intimé le montant de 8'100 fr. 65 réclamé par le CHUV pour des prestations complémentaires, telles que l'intervention d'un médecin cadre et la mise à disposition d'une chambre double, lors de l'opération subie par leur fille C.X._____ pour soigner son bec de lièvre. Ils prétendent ne pas avoir été informés de l'absence éventuelle de couverture de ces coûts par l'assurance complémentaire avant l'intervention et prétendent que, s'il tel avait été le cas, ils auraient pu renoncer aux prestations complémentaires. Ils invoquent dès lors une violation du consentement libre et éclairé du patient. Les recourants soutiennent que ce ne serait que sur la base des informations médicales détenues par le CHUV et l'assurance [...] qu'ils auraient appris que les prestations complémentaires de l'intervention de leur fille ne pouvaient pas être prises en charge par l'assurance complémentaire [...]. Selon eux, à aucun moment avant l'intervention, ils n'auraient été rendus attentifs à cette absence de couverture et n'auraient pu que de toute bonne foi faire confiance aux démarches entreprises par le CHUV auprès d[...]. Ils auraient à l'évidence été induits en erreur sans aucune faute de leur part. Aussi, le CHUV n'aurait adressé à l'assurance un avis d'entrée avec une demande de garantie que le 28 février 2011, alors même que l'intervention concernée aurait eu lieu entre le 24 et le 26 février 2011. Selon les recourants, le CHUV avait certes téléphoné à l'assurance pour savoir si leur fille était bel et bien assurée en complémentaire pour des prestations complémentaires fournies au sein de leur établissement, comme attesté par l'inscription apposée le 17 février 2011 sur le questionnaire d'admission. Cependant, ce seul renseignement donné oralement n'aurait pas été suffisant pour garantir la prise en charge par l'assurance, de sorte que l'établissement hospitalier n'aurait pas pu raisonnablement s'en contenter. Cela serait corroboré par les informations médicales complémentaires requises le 11 mars 2011 par l'assurance [...] auprès du CHUV. Ce dernier, seul à disposer des informations nécessaires, aurait dû faire parvenir à l'assurance l'avis d'entrée administratif avant de procéder à l'opération. Selon les recourants, ce manquement organisationnel aurait pour conséquence que, au moment de l'opération qui n'était pas urgente, ils n'étaient pas dûment informés des aspects financiers, ce qui constituerait manifestement une violation du consentement libre et éclairé du patient. Les recourants relèvent également que le CHUV avait disposé de plus d'un mois entre la réception du questionnaire signé le 23 janvier 2011 et l'hospitalisation de l'enfant du 24 au 26 février 2011 pour obtenir confirmation de la prise en charge, par le biais de la police d'assurance complémentaire, des frais liés à cette hospitalisation. Or, les recourants – qui auraient pu reporter l'intervention, voire y renoncer en division semi-privée – n'auraient été informés du résultat des démarches du CHUV que plus d'une année plus tard après le refus de prise en charge par l'assurance. En outre, le formulaire d'accord pour patient n'aurait été coché ni sous la rubrique de la garantie de prise en charge fournie par l'assuré ou le patient, ni sous celle où le patient déclare assumer lui-même les frais d'hospitalisation. Partant, l'hôpital – qui n'aurait aucune information sur la solvabilité des patients qu'il opère – aurait dû attirer leur attention sur la question de la prise en charge des frais complémentaires et exiger la constitution d'une garantie avant toute intervention, conformément aux directives figurant sur les formulaires du CHUV. D'après les recourants, l'hôpital ne pouvait se contenter d'une acceptation tacite de leur part de l'intervention chirurgicale, dans la mesure où ceux-ci n'avaient aucune raison de douter de la vérification usuelle de la couverture effectuée par le CHUV. La responsabilité de l'hôpital serait ainsi engagée, de sorte que ce ne serait pas aux recourants de subir le préjudice

résultant de l'absence de vérification préalable de la couverture complémentaire par l'hôpital.

E. 3.2

Selon la décision entreprise, l'attention des recourants a été attirée à deux reprises par le CHUV sur le sujet de l'assurance complémentaire : non seulement sur le point de savoir si l'enfant C.X. _____ bénéficiait d'une police d'assurance complémentaire, mais aussi sur le point de savoir si elle en bénéficiait pour l'hospitalisation relative à l'opération du « bec de lièvre ». En effet, par le « Questionnaire d'admission au CHUV » et par le « Formulaire d'accord pour patient », signés respectivement le 23 janvier et le 24 février 2011 par les parents de l'enfant, le père a indiqué que sa fille bénéficiait d'une assurance semi-privée auprès d'[...] « pour cette hospitalisation » et la mère « pour les prestations précitées ». Ils ont donc bien indiqué que l'enfant bénéficiait d'une assurance semi-privée pour cette opération. Il ne peut être reproché au CHUV de ne pas avoir demandé d'attestation de couverture à [...]. Au vu des termes précis du questionnaire et du formulaire précités, le CHUV a clairement attiré l'attention des intimés sur la question de la couverture par l'assurance des prestations complémentaires et pouvait raisonnablement s'attendre à ce que les parents vérifient que l'assurance [...] couvrirait effectivement l'hospitalisation de leur fille, avant de remplir et de signer ces documents. Le CHUV a donc respecté son devoir d'information minimale en matière économique et pouvait se fier aux indications données par les parents. Selon le premier juge, il n'est pas établi que l'information aux patients imprimée le 20 février 2020, selon laquelle une attestation de l'assureur pour la prise en charge des frais liés à l'hospitalisation privée ou semi-privée est demandée au patient lors de son admission, avait déjà été donnée en 2011 ; par ailleurs, cette information requise tend à confirmer que c'était bien aux parents de se renseigner auprès de l'assurance. En outre, en signant le « Formulaire d'accord pour patient », la mère de l'enfant a confirmé avoir pris connaissance du tarif et a commandé « contre paiement sous sa responsabilité » les prestations choisies. Ce faisant, elle s'est engagée à les prendre en charge en cas de refus de l'assistance. Le premier juge a considéré que le CHUV n'avait pas manqué à son devoir d'information, les intimés ayant été suffisamment informés sur les aspects financiers de l'hospitalisation de leur enfant par le questionnaire et le formulaire remis par le CHUV.

E. 3.3

L'art. 21 LSP (loi sur la santé publique du 29 mai 1985 ; BLV 800.01) porte sur le droit d'information du patient. L'al. 1 de cette disposition prévoit notamment qu'afin de pouvoir consentir de manière libre et éclairée et faire un bon usage des soins, chaque patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, les différents examens et traitements envisageables, les conséquences et les risques prévisibles qu'ils impliquent, le pronostic et les aspects financiers du traitement. Le médecin assume un devoir d'information minimale en matière économique. Il lui appartient d'attirer l'attention du patient lorsqu'il sait qu'un traitement, une intervention ou ses honoraires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie ou lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes à ce sujet (ATF 141 V 546 consid. 7.3 et réf. cit.). Le respect de cette obligation s'apprécie d'autant plus strictement que le montant en jeu est important (ATF 119 II 456 consid. 2d).

E. 3.4

Au vu de ce qui précède, le premier juge pouvait, en s'appuyant sur le « Questionnaire d'admission au CHUV », signé par le père de la patiente le 23 janvier 2011, soit un mois

environ avant l'intervention chirurgicale, ainsi que sur le « Formulaire d'accord pour le patient », signé par la mère de la patiente le 24 février 2011, soit le jour de l'admission de la patiente, considérer que l'intimé n'avait pas violé son devoir d'information. S'agissant plus particulièrement du « Formulaire d'accord pour le patient », le premier juge n'a pas versé dans l'arbitraire lorsqu'il ne s'est pas fondé sur le fait que la mère de l'enfant n'avait pas coché la rubrique « Le patient/l'assureur a fourni une garantie de prise en charge des frais d'hospitalisation correspondante », ni la rubrique « Assume lui-même les frais d'hospitalisation », dès lors que la mère de l'enfant avait coché la rubrique « Désire bénéficier des prestations complémentaires suivantes, Chambre à 2 lits (selon disponibilité) » ainsi que la rubrique « Bénéficie d'une assurance complémentaire couvrant les prestations précitées, oui, mi-privée ». D'ailleurs, à l'instar du premier juge, on peut inférer de la rubrique « Le patient/l'assureur a fourni une garantie de prise en charge des frais d'hospitalisation correspondante » que la fourniture d'une telle garantie incombait déjà à l'époque au patient ou à son assureur. Ainsi, l'appréciation des preuves et des faits qui en résulte effectuée par le premier juge ne prête pas le flanc à la critique, ce d'autant plus que le médecin n'est censé assumer qu'un devoir d'information minimale en matière économique, incluant, en l'occurrence, la vérification effectuée le 17 février 2011 par le collaborateur des admissions sur l'existence d'une police d'assurance complémentaire auprès de l'assurance de la patiente. Il s'ensuit également que le premier juge n'a pas violé le droit (cf. supra consid. 2), le devoir d'information du patient ayant été respecté.

E. 4

Au vu de ce qui précède, le recours, manifestement infondé, doit être rejeté selon le mode procédural de l'art. 322 al. 1 CPC et la décision querellée doit être confirmée. Compte tenu de l'issue du litige, les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), seront mis à la charge des recourants qui succombent (art. 106 al. 1 CPC), solidairement entre eux. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens de deuxième instance à l'intimé, celui-ci n'ayant pas été invité à se déterminer. Par ces motifs, la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal, prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision est confirmée. III. Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge des recourants A.X._____, B.X._____ et C.X._____, solidairement entre eux. IV. L'arrêt est exécutoire. Le président : _____ La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ M. Jacques Lauber, aab. (pour A.X._____, B.X._____ et C.X._____), ■ Etat de Vaud, DGAIC. La Chambre des recours civile considère que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 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. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à : ■ M. le Juge de paix du district de Lausanne. La greffière :