

VS_GERICHTE S2 16 127 vom 15. Mai 2018

VS Kantonsgericht, 2018-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 16 127](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2%2016%20127)

FR: VS_GERICHTE S2 16 127 du 15 mai 2018

IT: VS_GERICHTE S2 16 127 del 15 maggio 2018

Regeste

RVJ / ZWR 2020 99 Assurance-maladie Krankenversicherung ATC (Cour des assurances sociales) du 15 mai 2018, X. c. Y. assurance-maladie – TCV S2 16 127 Réduction des prestations ; art. 49 al. 4 LAMal - Le séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë (lit A) n'est autorisé au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'il est rendu nécessaire par le but du traitement (principe d'économie ; consid. 2.1.1). - Il y a lieu d'accorder à l'assuré une brève période d'adaptation pour lui permettre de se rendre dans un EMS ou une division de ce type (lit C) et non pas pour retourner à domicile. - Le médecin traitant assume un devoir d'information minimale en matière économique (consid. 2.1.2). Kürzung der Leistungen ; Art. 49 Abs. 4 KVG - Der Aufenthalt in einem Krankenhaus für Patienten mit akuter Erkrankung (Bett A) gemäss Tarif der Krankenhäuser ist nur solange zulässig, wie dies für den Zweck der

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAMal, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. Posté le 27 octobre 2016, le présent recours dirigé contre la décision sur opposition du 23 septembre 2016, notifiée à l'assurée le 27 septembre suivant, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA). Le recours répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2

Le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'assurance pouvait limiter sa participation dès le 1er mars 2016 sans octroyer de délai d'adaptation à l'assurée. En effet, cette dernière ne conteste pas l'avis médical selon lequel son état de santé ne justifiait plus de traitement hospitalier dès le 1er mars 2016, mais reproche à l'intimée

- 6 - d'avoir mis un terme à ses prestations rétroactivement sans l'avoir prévenue au préalable, afin de lui laisser le temps de s'organiser. 2.1.1 Selon l'article 49 alinéa 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'alinéa 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'article 50 est applicable. Cette dernière disposition traite de la prise en charge des coûts en cas de séjour dans un établissement médico-social (EMS). L'article 49 alinéa 4 LAMal reprend la jurisprudence rendue à propos du principe d'économie du traitement prescrit à l'article 23 LAMA (cf. le message du

Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 168 ; ATF 125 V 177 consid. 2 ; 124 V 362 consid. 1b). Par conséquent, selon le nouveau droit également, le caractère économique du traitement n'autorise un séjour dans un hôpital pour patients atteints de maladie aiguë, au tarif des établissements hospitaliers, qu'aussi longtemps qu'un tel séjour est rendu nécessaire par le but du traitement (ATF 124 V 362 consid. 1). Dans ce contexte, on relèvera que l'assureur maladie n'a pas à répondre du surcroît de coûts résultant du fait que l'assuré séjourne dans un établissement hospitalier parce qu'il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social (ATF 124 V 362 consid. 1b et les références citées ; arrêts K 158/04 du 21 mars 2006 consid. 4 ; K 157/04 du 14 avril 2005 consid. 2.2 ; K 56/00 du 29 janvier 2011 consid. 1a). Le Tribunal fédéral admet cependant, dans ce cas, qu'il convient, si nécessaire, d'accorder à l'assuré séjournant dans un hôpital pour patients atteints d'une affection aiguë (lits A) une brève période d'adaptation pour lui permettre de se rendre dans un EMS ou une division de ce type (lits C ; ATF 124 V 362 consid. 2c ; 115 V 38 consid. 3d ; arrêt 9C_794/2011 du 28 février 2012 consid. 2.2 et réf. citées ; ATCA S2 11 130 du 22 octobre 2012 consid. 3.1.2 ; Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, ch. 220 p. 137 ; Perrenoud, Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences?, in RSAS 2015 p. 437).

2.1.2 On notera enfin, dans un contexte plus large, que le médecin traitant assume à l'égard de son patient 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

- 7 - doit éprouver des doutes à ce sujet (ATF 119 II 460 consid. 2d ; Payllier, Rechtsprobleme der ärztlichen Aufklärung, unter besonderer Berücksichtigung der spitalärztlichen Aufklärung, thèse Zurich 1998, p. 146). Plus le traitement est délicat et long, plus l'information doit être circonstanciée (Engel, Contrats de droit suisse, 2ème édition, 2000, p. 500). Dans certaines situations, l'intervention du médecin-conseil en cours de traitement hospitalier de longue durée est de nature à faciliter le devoir d'information en matière économique du médecin traitant à l'égard du patient (ATF 127 V 43 consid. 2f).

E. 2.2

En l'espèce, la Cour constate qu'en date du 4 février 2016, le médecin de l'hôpital estimait que l'état de santé de l'assurée permettait d'envisager un retour à domicile. L'intimée a alors accepté, par oral, d'accorder une prolongation de sa prise en charge de 14 jours pour préparer ce retour. Au terme de ce délai, le 18 février 2016, le médecin traitant a signalé au médecin-conseil de l'intimée qu'une fin de séjour pouvait être agendée au 29 février 2016. L'intimée a donc accordé une dernière garantie de paiement jusqu'au 29 février 2016, ce qu'elle a confirmé à l'hôpital par courrier du 23 février 2016. En accordant cette ultime prolongation, l'intimée a pleinement respecté la jurisprudence citée ci-dessus (consid. 2.1.1), étant précisé qu'il ne s'agissait pas pour l'assurée d'intégrer un EMS ou une institution analogue mais de rentrer à domicile, ce qui n'entraîne pas les mêmes préparatifs (cf. arrêt 9C_794/2011 précité et ATF 115 V 38 consid. 3d). En sa qualité de médecin traitant et de fournisseur de soins, il appartenait au médecin de l'hôpital d'attirer l'attention de sa patiente sur le fait qu'un traitement hospitalier n'était plus justifié et que la prise en charge de l'assurance allait être modifiée. Si on peut reprocher à l'intimée de n'avoir expédié son courrier du 23 février 2016 qu'en date du 1er mars 2016, sa décision de réduire ses prestations ne prête pas flanc à la critique. Au demeurant, il est hautement probable au

vu des éléments au dossier, que, même avertie de la réduction des prestations avant le 1er mars 2016, la recourante ne serait pas rentrée immédiatement à domicile et ce pour des raisons d'ordre organisationnel. Or, l'intimée n'a pas à supporter les charges supplémentaires engendrées par le choix de la recourante de demeurer en milieu hospitalier.

E. 3

Au terme de ces développements, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

- 8 -

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 15 mai 2018

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.