

VS_GERICHTE S2 18 120 vom 9. Januar 2020

VS Kantonsgericht, 2020-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 18 120

FR: VS_GERICHTE S2 18 120 du 9 janvier 2020

IT: VS_GERICHTE S2 18 120 del 9 gennaio 2020

Regeste

S2 18 76 – S2 18 120 JUGEMENT DU 9 JANVIER 2020 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par M _____ contre Y _____ SA, intimée (art. 41 al. 4 LAMal ; prise en charge des prestations médicales, obligations de l'assuré dans le modèle Telmed)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. Posté le 5 juillet 2018, le recours à l'encontre des décisions sur opposition des 14 et 15 juin 2018 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il 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 sur le point de savoir à qui revient la prise en charge des frais liés aux divers traitements subis par le recourant depuis le 5 octobre 2018, le refus de prester de l'intimée pour la période antérieure ayant été admis par le recourant. 2.1.1 Aux termes de l'article 42 alinéa 1 LAMal, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). L'article 42 alinéa 2 LAMal autorise les assureurs et fournisseurs de prestations à déroger au système du tiers garant et à convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). Ce système est applicable en cas de traitement hospitalier et cela indépendamment d'une convention entre fournisseurs de prestations et assureurs (art. 42 al. 2, 2e phrase, LAMal). L'article 41 alinéa 1 LAMal pose le principe selon lequel, en cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré. Aux termes de l'article 41 alinéa 4 LAMal, « l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend alors en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs ». Il peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations (art. 62 al. 1 LAMal). 2.1.2 En application de l'article 41

alinéa 4 LAMal, Y _____ SA a mis en place un modèle alternatif de l'assurance obligatoire des soins appelé « A _____ » (modèle

- 6 - de type Telmed). Le règlement régissant ce modèle (édition du 1er janvier 2015) impose à l'assuré qui y souscrit une « obligation de prendre contact avec le centre de télémédecine et de solliciter des conseils » (titre 5). Ainsi, « en cas de problème de santé pour cause de maladie ou d'accident, pour autant que ce risque soit assuré, la personne assurée ou, en cas d'empêchement de celle-ci, un tiers, s'engage à prendre contact par téléphone avec le centre de télémédecine avant respectivement de consulter n'importe quel fournisseur de prestations ambulatoire (par ex. : médecin, chiropraticien) ou de se faire admettre chez n'importe quel fournisseur de prestations ambulatoire (par ex. : hôpital, établissement médico-social) pour un séjour stationnaire, et même pour un traitement ambulatoire » (art. 5.1). Cet article impose à l'assuré de contacter le centre de télémédecine « en cas de problème de santé », notamment avant de se faire admettre dans un hôpital. Force est de constater que cette notion de « problème de santé » est très générale, si bien qu'on ne saurait considérer qu'elle exclut, en particulier, les traitements récurrents ou les suivis de longue durée. L'article 7 du règlement A _____ règle les exceptions, notamment « en cas de traitement d'urgence en Suisse ou à l'étranger, la personne assurée est tenue d'informer ou de faire informer le centre de télémédecine dans les meilleurs délais possibles, au plus tard toutefois dans l'intervalle de cinq jours ouvrables (art. 7.4). Quant à l'article 6 du même règlement, il dit que « Y _____ ne rembourse les prestations prévues par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal que si les devoirs de la personne assurée spécifiés dans le règlement ont été respectés ». Enfin, l'article 8 du règlement A _____ prévoit les sanctions en cas de manquement en ces termes : « si la personne assurée déroge à ses devoirs tels qu'ils sont définis dans le présent règlement (qu'elle omet de prendre contact avec le centre de télémédecine ou ne tient pas compte de ses conseils et recommandations, etc.), Y _____ respectivement ne rembourse pas les frais occasionnés par les traitements de la personne assurée n'ayant pas été recommandés par le centre de télémédecine ou refuse toute prise en charge directe des coûts à l'égard des fournisseurs de prestations ». Dans un arrêt rendu le 25 juin 2015, le Tribunal fédéral a confirmé la légalité du modèle d'assurance A _____ et de son règlement (arrêt 9C_325/2015 du 25 juin 2015).

E. 2.2

En l'espèce, le recourant ne nie ni avoir souscrit à un modèle d'assurance A _____ depuis le 26 juillet 2012 ni avoir suivi les traitements litigieux du 10 janvier 2013 au 13 décembre 2017 sans avoir préalablement pris contact avec le centre de télémédecine B _____.

- 7 - Au moment de la signature du contrat d'assurance, rien ne laisse supposer que le recourant, âgé de moins de 59 ans, n'était pas capable de comprendre ses obligations découlant du modèle d'assurance choisi. La Cour part dès lors du principe que le recourant savait qu'il devait appeler ou faire appeler par un tiers la centrale de télémédecine de l'intimée avant tout traitement médical ou au plus tard dans les cinq jours, notamment en cas d'hospitalisation urgente. La police d'assurance et le règlement de l'intimée ayant été dûment remis à l'assuré, le grief selon lequel il ne savait pas qu'il devait procéder de la sorte ne peut pas être retenu, étant rappelé qu'il est du devoir de tout contractant de prendre connaissance attentivement des termes du contrat avant de le signer, y compris des éventuelles conditions générales d'assurance et des règlements auxquels le contrat se réfère.

E. 3

Le recourant conteste le refus de prise en charge uniquement à partir du 5 octobre 2017, au motif qu'il n'aurait plus été capable dès cette date de respecter les exigences contractuelles en raison de son état de santé psychique. Il sied dès lors d'apprécier la capacité de discernement du recourant pour appeler le centre de télémédecine avant tout traitement, dès le 5 octobre 2017.

E. 3.1

Est capable de discernement selon la définition de l'article 16 CC, toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables. La capacité de discernement comporte deux éléments : un élément intellectuel, à savoir la capacité d'apprécier le sens, l'opportunité et les effets d'un acte juridique, et un élément volontaire ou caractériel, à savoir la faculté d'agir en fonction de cette compréhension raisonnable selon sa libre volonté. La capacité de discernement est relative : elle ne doit pas être appréciée dans l'abstrait, mais concrètement, par rapport à un acte déterminé, en fonction de sa nature et de son importance (ATF 124 III 5 consid. 1a). Les facultés requises doivent exister au moment de l'acte (ATF 117 II 231 consid. 2a). La capacité de discernement est présumée. Celui qui en allègue l'absence doit prouver l'incapacité de discernement au stade de la vraisemblance prépondérante (arrêts 4A_542/2012 du 24 janvier 2013 consid. 2.4 ; 6B_869/2010 du 16 septembre 2011 consid. 4.2, in SJ 2012 I p. 275). Selon la jurisprudence, il incombe à un médecin de prouver l'absence de capacité de discernement (ATF 134 II 240). Ce constat ne peut être contesté qu'a posteriori auprès d'un juge. La capacité de discernement est un concept catégorique. Elle est présente ou absente pour un objet précis à un temps donné. Elle doit ainsi être appréciée

- 8 - concrètement par rapport à un acte déterminé. Le fait d'être atteint de troubles psychiques, d'être très âgé, d'être sous curatelle ou d'être mineur n'est pas synonyme d'incapacité de discernement. Cette capacité s'apprécie de cas en cas, elle peut exister à certains moments de la vie, et disparaître à d'autres, par exemple lors d'états d'ivresse, de perte de conscience, etc. Une personne est incapable de discernement lorsque, en raison d'un trouble psychique, elle n'est plus en mesure d'apprécier le sens et les effets d'un acte ou lorsque, toujours en raison d'un trouble psychique, elle ne peut pas agir librement en se fondant sur une appréciation libre et éclairée de la situation. Le fait qu'un diagnostic de démence soit posé ne signifie pas que la personne concernée n'est plus capable de discernement. Les démences sont généralement des maladies à évolution lente qui s'accompagnent d'une perte croissante des facultés intellectuelles et cognitives. Elles diffèrent en cela d'une attaque cérébrale grave ou d'un accident qui peuvent conduire à une perte soudaine de ces facultés et donc de la capacité de discernement. En règle générale, une personne atteinte de démence au stade initial reste donc tout à fait capable de discernement (La capacité de discernement dans le contexte des démences, publication Alzheimer Suisse, Berne 2018).

E. 3.2

En l'espèce, force est de constater à l'instar de l'intimée que le certificat du Dr D _____ n'atteste pas d'incapacité de discernement de longue durée, ni plus particulièrement d'altération de la conscience au moment des hospitalisations de décembre 2017. Le médecin traitant ne fait pas état de démence en tant que telle, mais uniquement

d'un tableau d'asthénie avec troubles des fonctions supérieures le jour de l'examen. Cela ne suffit pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne se trouvait pas en mesure d'assumer ses obligations vis-à-vis de l'intimée les autres jours, à savoir d'appeler le centre de télémédecine B _____ ou de demander à l'un de ses proches de le faire notamment lors de ses hospitalisations de décembre 2017. Le fait qu'aucune mesure de curatelle n'ait été instaurée indique que le recourant était toujours autonome au quotidien et en mesure de gérer ses affaires. Quoi qu'il en soit, la Cour relève qu'au plus tard le 11 décembre 2017, le fils du recourant était au courant des modalités de prise en charge de l'assurance et aurait dès lors pu appeler le centre de télémédecine à la place de son père pour faire valider les hospitalisations de décembre 2017.

- 9 - Au vu de ce qui précède, il sied de rejeter le recours et de confirmer les décisions sur opposition de l'intimée des 14 et 15 juin 2018.

E. 4

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a 1ère phrase LPGA). Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 91 al. 1 LPJA, a contrario).

- 10 -

Prononce

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

Sion, le 9 janvier 2020

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