

S2 16 127

JUGEMENT DU 15 MAI 2018

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Christophe Joris, président ; Thomas Brunner et Dr. Thierry Schnyder, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître M _____, avocat,

contre

Y _____, intimée

(art. 49 al. 4 LAMal ; réduction des prestations)

Faits

A. X _____, née le xxx 1931, est assurée auprès de Y _____ (ci-après : Y _____ ou l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

En raison d'hémorragies cérébrales multiples sur trauma crânien post chute survenue en raison de troubles de la marche et de l'équilibre d'origine multifactorielle, la prénommée a dû être hospitalisée à l'hôpital de A _____. Le 29 décembre 2015, une demande de garantie préalable en réadaptation pour une hospitalisation estimée à 30 jours a été adressée par l'hôpital à Y _____. Celle-ci a immédiatement préavisé la demande pour 21 jours. A réception de l'avis d'entrée du 31 décembre 2015, elle a remis à l'hôpital une garantie de prise en charge en division commune pour une durée de 21 jours, soit jusqu'au 20 janvier 2016. Par la suite, l'assurance a accepté de prolonger sa participation jusqu'au 21 janvier 2016, puis jusqu'au 4 février 2016 et enfin jusqu'au 18 février 2016. A cette date, le médecin de l'hôpital a estimé, d'entente avec le médecin-conseil de l'assurance, que l'état de santé de l'assurée ne nécessiterait plus de traitement en milieu hospitalier à partir du 29 février 2016.

Par courrier du 23 février 2016, Y _____ a donc confirmé à l'hôpital que, selon l'indication médicale, le traitement hospitalier ne serait plus justifié dès le 29 février 2016 et qu'en conséquence, elle serait contrainte de limiter sa participation à 108 fr. par jour (tarif EMS) dès le 1^{er} mars 2016. Elle a rappelé à l'hôpital qu'il était de son devoir d'informer la patiente de cette situation, afin de lui permettre de trouver la solution la plus appropriée.

Par courrier daté du même jour, mais expédié le 1^{er} mars 2016 et reçu le 7 mars suivant, Y _____ a informé X _____ qu'elle réduisait ses prestations au tarif EMS dès le 1^{er} mars 2016.

Le 23 mars 2016, l'hôpital a fait parvenir à l'assurance un avis d'admission en lit d'attente dès le 1^{er} mars 2016 pour l'assurée.

B. Par courrier du 8 avril 2016, B _____, petite-fille de l'assurée, a demandé à Y _____ de bien vouloir reconsidérer sa participation dès le 1^{er} mars 2016, dès lors que la famille n'avait pas été informée du fait que l'état de santé ne nécessitait plus de traitement en milieu hospitalier et qu'elle n'avait eu connaissance du courrier de l'assurance daté du 23 février 2016 que le 7 mars 2016, de sorte qu'elle n'avait pas pu

organiser une sortie pour une date antérieure. Elle a signalé qu'il était prévu que l'assurée quitte l'hôpital le 12 avril 2016.

Le 14 avril 2016, Y _____ a demandé à B _____ de bien vouloir lui transmettre une procuration écrite de sa grand-mère afin qu'elle puisse rendre une décision formelle.

Le document a été envoyé le 28 avril 2016. Il a été reçu par l'assureur le 2 mai 2016, mais a été traité le 3 mai 2016. Ainsi, Y _____ a adressé sa décision du 2 mai 2016 directement à l'assurée. Par cette dernière, elle a confirmé que sa prise en charge était limitée à 108 fr. par jour dès le 1^{er} mars 2016, au motif que l'état de santé n'exigeait plus de traitement ni de soins en milieu hospitalier depuis le 29 février 2016, selon l'avis du médecin de l'hôpital.

C. Le 4 mai 2016, B _____ a signalé à Y _____ avoir reçu une facture de l'hôpital de 4960 fr. pour 31 jours de participation pour lit d'attente à 160 fr./jour pour le séjour du 1^{er} mars au 12 avril 2016. Elle lui a demandé de bien vouloir l'acquitter, respectivement de faire le nécessaire auprès de l'hôpital pour qu'une facture au tarif hospitalier soit établie.

D. Par courrier du 2 juin 2016, X _____, représentée par B _____, a formé opposition contre la décision du 2 mai 2016. Elle a relevé que ce n'était qu'à réception du courrier de Y _____, le 7 mars 2016, qu'elle avait appris que son état de santé ne nécessitait plus de soins en milieu hospitalier et qu'elle passerait en tarif EMS dès le 1^{er} mars 2016, de sorte qu'elle s'était retrouvée devant le fait accompli. Elle a expliqué qu'un retour à domicile avait pu être mis en place pour le 12 avril 2016 et n'avait pas pu être possible antérieurement pour des raisons d'ordre organisationnel. Elle a souligné les nombreuses irrégularités de l'assurance dans le traitement de son dossier et a conclu à la prise en charge au tarif hospitalier de son séjour du 1^{er} mars au 12 avril 2016. Elle a également requis la transmission de son dossier et l'octroi d'un délai supplémentaire pour préciser l'opposition.

Avant de statuer, Y _____ a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr C _____. Le 28 juin 2016, celui-ci a attesté qu'il avait eu des contacts téléphoniques avec le Dr D _____, médecin chef du service de gériatrie et responsable de l'hospitalisation de l'assurée, les 7 janvier, 21 janvier, 4 février et 18 février 2016. Il a expliqué que lors de l'entretien du 4 février 2016, le Dr D _____ avait constaté que le degré de dépendance de l'assurée s'était amélioré et permettait de faire un projet de retour à domicile et que le 18 février 2016, il avait décidé qu'une fin de séjour

pouvait être notifiée pour le 1^{er} mars 2016. Il a admis qu'à la suite des constatations et remarques du Dr D _____, il avait préavisé favorablement la prise en charge de rééducation gériatrique jusqu'au 29 février 2016, suivie d'une prise en charge de type lit « C » (attente de placement en EMS).

Par pli du 25 août 2016, reçu le 2 septembre 2016, Y _____ a transmis le dossier à l'assurée et lui a octroyé un délai de 15 jours (soit jusqu'au lundi 19 septembre 2016, le terme échéant un samedi ; art. 38 al. 3 LPGa) pour compléter son opposition.

Par courrier recommandé du 19 septembre 2016, distribué à l'assurance le lendemain, X _____ a reproché à Y _____ de ne pas avoir adressé son courrier du 23 février 2016 plus tôt afin qu'elle puisse s'organiser en conséquence. Elle a déclaré n'avoir jamais été informée par l'hôpital du changement de prise en charge et que même si celui-ci l'avait fait, on ne pouvait exiger d'elle qu'elle trouve une solution appropriée en moins de 7 jours.

Y _____ a statué le 23 septembre 2016 sans avoir pris connaissance de cet envoi. Dans sa décision sur opposition, l'assurance a confirmé sa position. Elle a relevé que sur l'avis du médecin de l'hôpital et du médecin-conseil, l'état de santé de l'assurée ne nécessitait plus de séjour en milieu hospitalier dès le 1^{er} mars 2016, de sorte que la limitation de sa participation au tarif EMS, en application de l'article 49 alinéa 4 LAMal, était justifiée.

E. Représentée par M^e M _____, X _____ a recouru céans contre ce prononcé, le 27 octobre 2016. Elle a reproché à l'assurance de ne pas lui avoir octroyé un délai d'adaptation d'un mois, en rappelant qu'elle avait reçu le courrier daté du 23 février 2016 uniquement le 7 mars 2016 et ne pouvait donc pas quitter l'hôpital pour le 1^{er} mars précédent. Elle a ajouté qu'elle n'était pas au courant que son état de santé ne justifiait plus un séjour hospitalier. Enfin, elle a relevé que Y _____ avait commis beaucoup de bévues dans son dossier, tout en précisant qu'un employé avait reconnu de graves manquements organisationnels au sein de l'assurance.

Dans sa réponse du 9 janvier 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que le séjour hospitalier avait été prolongé deux fois de 14 jours et que, le 23 février 2016, l'hôpital avait également été informé de la limitation de la participation de l'assurance et avait ensuite établi une admission en lit d'attente dès le 1^{er} mars 2016. Elle a considéré qu'elle n'avait pas besoin d'octroyer un délai d'adaptation d'un mois puisque c'était le médecin de l'hôpital, d'entente avec le médecin-conseil de Y _____, qui avait pris la décision de fin de séjour le 18 février 2016 et qu'il

appartenait au fournisseur de soins d'informer les patients du changement de prise en charge. Elle a remarqué que les irrégularités soulevées n'avaient pas préterité l'assurée et a rappelé qu'elle n'avait reçu aucune information de cette dernière, ni de sa famille, concernant l'adressage ou une éventuelle représentation, de sorte qu'elle n'avait pas d'autre choix que d'adresser son courrier du 23 février 2016 au domicile de l'assurée.

Répliquant le 9 février 2017, la recourante a relevé que le Tribunal fédéral avait admis qu'une période d'adaptation convenable, d'un mois, était nécessaire afin de préserver les intérêts de l'assuré et ceux de l'assurance qui ne devait théoriquement plus prendre en charge le traitement en milieu hospitalier.

Prenant position le 15 mars 2017, l'intimée a estimé que la jurisprudence du Tribunal fédéral ne s'appliquait pas au cas d'espèce puisque la recourante ne devait pas organiser un séjour dans un établissement médico-social ou une division de ce type, mais un retour à domicile, comme l'avait indiqué le Dr D _____ le 4 février 2016.

L'échange d'écritures a été informellement clos le 16 mars 2017, avec la notification de cette détermination à la recourante.

Considérant en droit

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.

2. Le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'assurance pouvait limiter sa participation dès le 1^{er} 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 1^{er} mars 2016, mais reproche à l'intimée

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

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, 2^{ème} 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).

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 1^{er} 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 1^{er} 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.

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).

Prononce

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

Sion, le 15 mai 2018