

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)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, né le xxx 1959, est assuré auprès de Y \_\_\_\_\_ SA pour l'assurance maladie de base. Du 26 juillet 2012 au 31 décembre 2017, il a bénéficié du modèle A \_\_\_\_\_. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il a opté pour l'assurance du médecin de famille, puis est passé à l'assurance libre dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

**B.** Courant 2017, Y \_\_\_\_\_ SA a reçu différentes factures de fournisseurs de prestations pour des traitements ayant eu lieu entre 2013 et 2017. Elle a alors établi plusieurs décomptes à l'intention de l'assuré les 3 novembre, 17 novembre, 20 novembre, 1<sup>er</sup> décembre et 4 décembre 2017. Elle y refusait notamment la prise en charge des frais qui n'avaient été ni prescrits ni approuvés par le centre de télémédecine B \_\_\_\_\_.

Du 1<sup>er</sup> au 6 décembre 2017, l'assuré a dû être hospitalisé à l'hôpital de A \_\_\_\_\_. La facture de ce séjour par 1966 fr. 05 a été adressée le 27 janvier 2018 à Y \_\_\_\_\_ SA, qui l'a acquittée. Par décompte du 21 février 2018, l'assurance a refusé la prise en charge de ces frais et en a réclamé le remboursement à l'assuré au motif que la prestation n'avait été ni prescrite ni approuvée par le centre de télémédecine B \_\_\_\_\_.

Le 13 décembre 2017, l'assuré s'est rendu en urgence à l'hôpital de C \_\_\_\_\_ où des contrôles neurologiques ont été effectués. La facture par 577 fr. 95 a été adressée le 20 janvier 2018 à Y \_\_\_\_\_ SA, qui l'a acquittée. Par décompte du 2 février 2018, l'assurance a réclamé à l'assuré le remboursement de ce montant, au motif que la prestation n'avait été ni prescrite ni approuvée par le centre de télémédecine B \_\_\_\_\_.

**C.** Le 11 décembre 2017, M \_\_\_\_\_, fils de X \_\_\_\_\_, a contacté Y \_\_\_\_\_ SA par téléphone et courriel afin de savoir pourquoi certains traitements n'avaient pas été pris en charge avec la mention B \_\_\_\_\_, alors que, selon les médecins, ceux-ci étaient indispensables.

Par courriel du 12 décembre 2017, Y \_\_\_\_\_ SA a confirmé par écrit à M \_\_\_\_\_ que son père avait opté pour le modèle d'assurance A \_\_\_\_\_ qui l'obligeait à contacter le centre de télémédecine B \_\_\_\_\_ avant tout traitement. Le 15 décembre 2017, Y \_\_\_\_\_ SA a demandé à M \_\_\_\_\_ de bien vouloir remplir et faire signer à son père une procuration, ce qui a été fait le 21 décembre 2017. Elle lui a fait remarquer

qu'en signant la proposition d'assurance, son père avait accepté les règlements de Y \_\_\_\_\_ SA dans leur totalité et que, s'il n'était pas en mesure de téléphoner à B \_\_\_\_\_, l'un de ses proches pouvait le faire.

Le 26 décembre 2017, M \_\_\_\_\_ a demandé de changer l'assurance de base A \_\_\_\_\_ en assurance du médecin de famille dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**D.** En raison de la contestation de l'assuré, Y \_\_\_\_\_ SA a rendu une décision formelle le 29 janvier 2018, par laquelle elle a refusé de prendre en charge les factures produites entre 2013 et 2017, pour lesquelles il n'y avait pas eu d'appel au centre de télémédecine.

Le 27 février 2018, le fils de l'assuré a formé opposition au motif que son père était atteint de démence et ne pouvait plus répondre aux exigences contractuelles depuis le 5 octobre 2017. Dans un certificat du 9 janvier 2018, le Dr D \_\_\_\_\_ attestait avoir vu l'assuré à sa consultation le 5 octobre 2017 et avoir constaté un tableau d'asthénie chronique profonde, des troubles visuels, des troubles neurologiques et des troubles des fonctions supérieures le rendant, ce jour-là, incapable de se suffire et de gérer les actes ordinaires de la vie, en particulier les actes faisant appel aux fonctions supérieures.

Par décision sur opposition du 14 juin 2018, Y \_\_\_\_\_ SA a confirmé sa position.

**E.** Par décision du 13 mars 2018, Y \_\_\_\_\_ SA a demandé à l'assuré la restitution des prestations versées à tort à hauteur de 1966 fr. 05 pour le traitement à l'hôpital de A \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 6 décembre 2017 et de 577 fr. 95 pour le traitement du 13 décembre 2017 à l'hôpital de C \_\_\_\_\_.

Le 27 mars 2018, le fils de l'assuré s'est opposé à cette réclamation en rappelant que les prestations fournies après le 5 octobre 2017 devaient être prises en charge par l'assurance, puisque son père était atteint de démence selon le certificat médical du Dr D \_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 15 juin 2018, Y \_\_\_\_\_ SA a confirmé sa demande de restitution en relevant que le Dr D \_\_\_\_\_ n'avait pas attesté d'incapacité de discernement permanente et de longue durée et que même si l'assuré n'était pas capable d'appeler le centre de télémédecine le jour de son hospitalisation, il aurait pu le faire dans un délai de 5 jours ou une tierce personne aurait pu le faire pour lui.

**F.** Le 5 juillet 2018, M \_\_\_\_\_ a recouru céans pour le compte de son père contre la décision du 15 juin 2018 (S2 18 76) et contre celle du 14 juin 2018 (S2 18 120), en

concluant à la prise en charge par Y \_\_\_\_\_ SA des frais de traitement à partir du 5 octobre 2017 dans la mesure où le Dr D \_\_\_\_\_ avait attesté que l'assuré ne pouvait plus faire des gestes simples dès cette date en raison de démence. Selon le fils de l'assuré, celui-ci ne savait pas qu'il devait appeler le centre de télémédecine avant tout traitement et n'en avait informé personne, de sorte qu'un tiers n'aurait de toute façon pas pu appeler à sa place.

Le 27 août 2018, Y \_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 15 juin 2018 dès lors que l'assuré n'avait pas prouvé son incapacité de discernement lors de chaque traitement. Il a ajouté qu'en invoquant une incapacité de discernement le recourant apparaissait de mauvaise foi puisque, même en bonne santé, il n'aurait probablement pas contacté le centre de télémédecine puisqu'il ne l'avait jamais fait depuis 2012.

Dans sa réplique du 27 septembre 2018, le fils de l'assuré a affirmé ne pas être de mauvaise foi et a demandé à Y \_\_\_\_\_ SA de modifier le contrat d'assurance pour passer à un système libre sans médecin de famille.

Dupliquant le 29 octobre 2018, l'intimée a signalé n'avoir plus de remarques particulières à formuler et maintenir ses conclusions.

L'échange d'écritures dans la cause S2 18 76 a été clos le 30 octobre 2018.

Le 29 octobre 2018, Y \_\_\_\_\_ SA a répondu au recours de l'assuré contre sa décision du 14 juin 2018 (S2 18 120). Elle a conclu à son rejet en rappelant que le Dr D \_\_\_\_\_ n'avait attesté un état altéré que le jour du 5 octobre 2017 et que rien ne permettait de mettre en doute la capacité de discernement du recourant sur une longue période.

Répliquant le 1<sup>er</sup> décembre 2018, le fils de l'assuré a reproché à l'intimée d'avoir proposé à son père une assurance qui ne lui convenait pas.

Par courrier du 12 décembre 2018, l'intimée a contesté entièrement les griefs de l'assuré.

L'échange d'écritures dans la cause S2 18 120 a dès lors été clos le 13 décembre 2018.

### **Considérant en droit**

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.

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, 2<sup>e</sup> 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

de type Telmed). Le règlement régissant ce modèle (édition du 1<sup>er</sup> 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).

**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 \_\_\_\_\_.

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.

**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.

**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

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).

**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.

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.

**4.** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a 1<sup>ère</sup> 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).

**Prononce**

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

Sion, le 9 janvier 2020