

Remarques concernant l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_110/2010 du 23 février 2011

Le médecin de famille en tant que médecin consultant pour l'hôpital

Hanspeter Kuhn

Avocat, secrétaire général
suppléant de la FMH

Le cas

En 2006 et 2007, une interniste genevoise a traité un patient dans son cabinet. Sur sa facture pour décembre 2006 et janvier 2007, elle a aussi porté CHF 34.10 pour la position 00.0140 (Prestation médicale en l'absence du patient). Le médecin-assistant de l'hôpital l'avait contactée «pour l'informer des problèmes rencontrés pendant l'hospitalisation et l'avertir de la nécessité du transfert aux urgences psychiatriques et s'entretenir également des diagnostics, des médicaments prescrits et des modalités de la prise en charge à la sortie.» [1]*. En se référant au traitement simultané dispensé à l'hôpital, la caisse a refusé de payer ce montant. Le médecin de famille a essayé en vain d'obtenir gain de cause en exigeant le montant de cette créance à la caisse par voie judiciaire (le système du tiers payant avait été convenu): ce n'était pas la bonne adresse.

L'arrêt du Tribunal fédéral [2]

Le Tribunal fédéral de Lucerne a rappelé dans sa décision du 23 février 2011 que l'article 49 de la LAMal prévoit des forfaits pour les traitements hospitaliers. Les partenaires contractuels, hôpital et caisse, peuvent certes convenir que certains examens ou traitements ne soient pas indemnisés par le forfait, mais facturés séparément comme prestations individuelles. Cependant, le tribunal mentionne que la convention tarifaire hospitalière applicable ne prévoyait pas une telle exception pour les prestations du médecin de famille. Le Tribunal fédéral a décidé que la caisse n'avait pas à payer les CHF 34.10 au médecin de famille. Il a retenu dans sa motivation que la présente prise de contact par le médecin de l'hôpital avec le médecin de famille «selon les déclarations [du médecin de famille...] est en lien direct avec le traitement en milieu hospitalier et fait donc partie de celui-ci. Dès lors que le médecin de l'hôpital s'est adressé au médecin de famille pour discuter du traitement hospitalier en cours [souligné par l'auteur], la prestation que le médecin de famille entend faire valoir ne correspond pas à une prestation ambulatoire du seul fait qu'elle a été sollicitée en tant que médecin (traitant) indépendant et à l'extérieur de l'hôpital. Elle est en effet intervenue en raison de l'hospitalisation de son patient pour faciliter le travail du médecin de l'hôpital ou en connaître certains aspects.» [3]

C'est la raison pour laquelle la caisse ne doit pas rembourser les CHF 34.10 en question au médecin de famille. Par contre, le Tribunal fédéral signale que cet

arrêt n'a pas vocation à trancher la question de savoir si cette prestation doit être indemnisée par l'hôpital, ni celle de savoir ce qu'il en serait si le médecin de famille avait été contacté par l'hôpital avant ou après le séjour hospitalier.

Commentaire

Le Tribunal fédéral a relevé que le contact avait été initié par le médecin de l'hôpital et qu'il avait été nécessaire pour le traitement hospitalier. Lorsqu'on envisage les faits sous cet angle, la conséquence juridique est évidente: à ce moment, le conseil du médecin de famille fait juridiquement partie du traitement hospitalier et le médecin de famille est ainsi de facto un médecin consultant de l'hôpital pour cette patiente.

Dans son arrêt, le Tribunal fédéral mentionne l'avis de Gebhard Eugster en l'approuvant. Celui-ci définit la limite des prestations incluses dans le forfait de la manière suivante: «Si des prestations étrangères à la spécialisation sont nécessaires (par exemple, le traitement ambulatoire externe de patients psychiatriques hospitaliers qui ont subi un accident à l'hôpital ou une maladie non psychiatrique intercurrente), les coûts correspondants ne font alors partie du forfait selon l'art. 49 al. 1 LAMal que sur la base d'une clause expresse de la convention tarifaire.» [4]

Le Tribunal fédéral n'avait pas à trancher ce qui touche à la relation entre médecin et hôpital. Mais de manière implicite, le cas est clair: l'hôpital doit indemniser le médecin auquel il a fait appel pour le traitement hospitalier. Ensemble, ils peuvent convenir librement le barème à appliquer, la réglementation de la relation interne entre l'hôpital et le médecin agréé ou consultant ne relevant pas des tarifs de la LAMal.

Le champ d'application de la décision du Tribunal fédéral reste ouvert. De l'avis de la FMH, la décision présentée, qui porte sur un cas spécial, ne change rien au principe suivant: les rapports et les certificats qui renseignent sur les examens et les traitements réalisés au cabinet médical doivent être facturés au patient – et non à l'hôpital – indépendamment du fait qu'ils ont été rédigés avant, pendant ou après un séjour hospitalier. En effet, le rapport établi par le médecin libre praticien sur le traitement ambulatoire ne fait précisément pas partie du traitement hospitalier stationnaire. Ainsi, il n'est pas inclus dans le forfait hospitalier parce que celui-ci sert uniquement à «rémunérer le traitement hospitalier» conformément au texte de l'art. 49 LAMal.

* Les références se trouvent sous www.saez.ch
→ Numéro acutel ou
→ archives → 2011 → 22.

- 1 Consid. 4.1. cite ainsi la déclaration du médecin de famille devant le tribunal arbitral cantonal.
- 2 Arrêt du Tribunal fédéral du 23 février 2011, 9C_110/2010.
- 3 Consid. 4.2.
- 4 Gebhard Eugster, SBVR, 2. Kapitel, die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In: Ulrich Meyer (Hrsg.), Soziale Sicherheit, SBVR XIV, Helbing & Lichtenhahn, Bâle 2007, N. 379 p. 523. (Trad. FMH)

Correspondance:
Service juridique FMH
Case postale 170
CH-3000 Berne 15
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

lex@fmh.ch

Références détaillées

- 1 Consid. 4.1. cite ainsi la déclaration du médecin de famille devant le tribunal arbitral cantonal: «Le 12 décembre 2006, j'ai reçu un téléphone du docteur T. pour m'informer des problèmes rencontrés pendant l'hospitalisation et m'avertir de la nécessité du transfert aux urgences psychiatriques. Nous nous sommes également entretenues des diagnostics, des médicaments prescrits et des modalités de la prise en charge à la sortie. Celle-ci était compliquée par le changement d'interne pendant les fêtes de fin d'année. Ce téléphone a été confirmé par le fax du 13.12.06 (pièce jointe).» (...) Par courrier du 18 mai 2007, la recourante s'était adressée à l'intimée pour justifier le poste 00.0140 sur la facture litigieuse, en expliquant que «les internes des hôpitaux m'ont appelée pendant que j'étais en consultation avec un autre patient pour demander des renseignements et mon avis».
- 2 Arrêt du Tribunal fédéral du 23 février 2011, 9C_110/2010.
- 3 Consid. 4.2. Selon les déclarations de la recourante, les questions du docteur T. et la discussion qui s'en est suivie ont porté sur le déroulement de l'hospitalisation, les diagnostics et les médicaments prescrits, ainsi que les modalités de prise en charge à la sortie du patient. L'activité déployée par la recourante en répondant de manière ponctuelle à des questions du médecin de l'Hôpital X concernant son patient ou en recevant des renseignements sur différents aspects de l'hospitalisation et le suivi du patient par les services de l'Hôpital X postérieurement à sa sortie, est en lien direct avec le traitement en milieu hospitalier et fait donc partie de celui-ci. Dès lors que le médecin de l'hôpital s'est adressé à la recourante pour discuter du traitement hospitalier en cours, la prestation que le docteur B. entend faire valoir ne correspond pas à une prestation ambulatoire du seul fait qu'elle a été sollicitée en tant que médecin (traitant) indépendant et à l'extérieur de l'hôpital. Elle est en effet intervenue en raison de l'hospitalisation de son patient pour faciliter le travail du médecin de l'hôpital ou en connaître certains aspects. Elle ne peut donc rien tirer en sa faveur des dispositions de la LAMal sur la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, d'une prestation ambulatoire (dans ce sens, Gebhard Eugster, Krankenversicherungsrecht, in Soziale Sicherheit, SBVR, 2^e éd., 2007, n° 379 p. 523).
- 4 Eugster G. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In: Meyer U (Hrsg), Soziale Sicherheit. SBVR XIV. Basel: Helbing & Lichtenhahn; Basel 2007. N. 379 S. 523.