

## **GE\_GERICHTE ATAS/52/2011 vom 20. Januar 2011**

GE Cour de justice, 2011-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_52\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_52_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/52/2011 du 20 janvier 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/52/2011 del 20 gennaio 2011

### **Regeste**

Résumé: En matière d'assurance-maladie, lorsque l'assuré n'a pas payé les primes ou les participations aux coûts échues, qu'il n'a - nonobstant le rappel dont il a fait l'objet - effectué aucun paiement et qu'une réquisition de poursuite a été déposée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient intégralement payés. Dès le paiement intégral de ce qui est dû, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies pendant la durée de la suspension ( art. 64a LAMal). La suspension s'applique à toutes les factures qui parviennent à l'assureur durant la période de suspension du remboursement (art. 105c al. 2 OAMal). Cette disposition ne s'applique toutefois pas aux suspensions de la prise en charge des prestations effectuées avant le 1er août 2007 (cf. dispositions finales).

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

Par courrier du 21 juin 2010, l'intimée produit une lettre du 4 décembre 2009 de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP). Dans cette missive, ledit office fait savoir au SAM que la suspension ne prend fin que lorsque l'assurée a payé l'entier des arriérés de primes. Ainsi, pour que l'assureur soit tenu de prendre en charge les prestations fournies pendant la période de suspension, aucune nouvelle suspension de la prise en charge des prestations ne doit avoir été prononcée entretemps pour le non-paiement des primes ultérieures.

#### **E. 23**

Par écriture du 1er juillet 2010, les recourants contestent que l'intégralité de la somme de 9'463 fr. 15 a été payée, certaines factures étant encore en attente de remboursement.

A/258/2010 - 6/16 -

#### **E. 24**

Par écriture du 22 juillet 2010, l'intimée produit deux décomptes de prestations faisant ressortir que les prestations litigieuses ont été remboursées, après déduction des quotes-parts et franchises. Seules cinq factures n'avaient précédemment pas encore été traitées, pour des raisons de technique de données. Cependant, elles ont été traitées en date du 15 juillet 2010. Quant au fait que les factures n'ont pas été prises en charge à 100 %, l'intimée rappelle que l'assurée doit participer aux coûts des prestations dont il bénéficie, obligation qui subsiste même en cas de cessation de créances.

#### **E. 25**

Le 29 juillet 2010, les recourants contestent que la procédure soit devenue sans objet, la totalité des prestations n'ayant pas été remboursée, comme l'admet l'intimée. Ils requièrent ainsi une décision au fond, afin que l'assureur soit rappelé à son obligation de rembourser les prestations effectuées au cours d'une période pour laquelle les primes ont été acquittées, soit directement par l'assurée, soit par le SAM.

#### **E. 26**

A la demande du Tribunal de céans, l'intimée lui indique le 8 octobre 2010 que la facture du 8 juin 2005 du Dr L.\_\_\_\_\_ pour les soins fournis le 26 mai 2005 d'un montant de 222 fr. a été payée par erreur au Dr Q.\_\_\_\_\_ le 30 juin 2005, dès lors que cette facture mentionnait par erreur le code EAN et le code RCC de ce dernier médecin. Cette erreur a été corrigée par la suite. La facture du Dr L.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2006 d'un montant de 565 fr. 65 a été reçue entre le 24 mai et le 4 juillet 2006. Quant à la facture du 20 juillet 2006 d'un montant de 417 fr. 70, elle lui était parvenue entre le 21 juillet et le 29 août 2006.

#### **E. 27**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence doit dès lors être admise. 2. Selon l'intimée, le recours est devenu sans objet, les factures litigieuses ayant été réglées.

A/258/2010 - 7/16 - a) L'art. 53 al. 3 LPGA dispose que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Cette disposition légale règle le cas particulier de la reconsidération « pendente lite » d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (cf. ATFA non publiés du

#### **E. 31**

août 2004, I 497/03 ; voir aussi ATF 127 V 232 s. consid. 2b/bb). Par ailleurs, en vertu de l'art. 67 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), le recours a un effet dévolutif (al. 1er) et l'administration peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision pour autant qu'elle notifie, sans délai, sa nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (al. 2). Toutefois, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet (al. 3). La décision prise « pendente lite » ne met donc fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237). Dans un arrêt non publié du 15 juin 2007 (I 115/06, consid. 2.1) appliquant l'art. 53 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette

jurisprudence. b) En l'occurrence, l'intimée a implicitement reconsidéré ses décisions de refus, en payant partiellement les factures litigieuses, ce qui est admis par les recourants. Cependant, pour la part non remboursée, il sied d'admettre que le litige subsiste. Par ailleurs, les recourants ont également demandé un intérêt de 5% sur la somme de 9'463 fr. 15 à partir du 1er mars 2008, demande à laquelle l'intimée n'a pas donné suite. Enfin, les recourants concluent à la constatation de leur droit au remboursement des factures en cause. Cela étant, il y a lieu de constater que le recours n'est pas devenu totalement sans objet. Seule reste cependant litigieuse la question des intérêts, la déduction de la franchise et de la quote-part du paiement des factures litigieuses, ainsi que la demande en constatation de droit. 3. Se pose ensuite la question de la recevabilité du recours. a) Aux termes de l'art. 56 al. 1 LPGA, la voie de recours est ouverte contre les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte. Selon l'al. 2 de cette disposition, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision sur opposition. L'art. 49 al. 1 LPGA prescrit par ailleurs que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. L'al. 2 de cette disposition dispose que

A/258/2010 - 8/16 - les décisions doivent indiquer les voies de droit et être motivées, si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. La notion de décision correspond à celle définie à l'art. 5 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA; RS 172.021; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, p. 610 ch. 2). Cette disposition a la teneur suivante: "Sont considérées comme décisions les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet: a. de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations; b. de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations; c. de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations." Les décisions peuvent être attaquées dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, les recourants ont considéré la lettre du 21 août 2009 de l'intimée comme une décision, ce qui est contesté par l'intimée. Certes, cette missive n'est pas intitulée "décision" et n'indique pas les voies de droit. Néanmoins, elle répond à la définition d'un tel acte, selon l'art. 5 al. 1 PA. En effet, par son courrier du 18 décembre 2009, tout comme par ses missives des 21 août et 4 novembre 2009, l'intimée s'est prononcée dans un cas particulier et a rejeté la demande des recourants de payer des factures d'un montant précis, soit de 9'463 fr. 15. Quant au fait que l'intimée ne les désigne pas expressément comme décisions ni ne mentionne les voies de droit, cette omission a uniquement pour effet qu'elle ne peut entraîner aucun préjudice pour les recourants, dans le sens que, si ceux-ci ne forment pas opposition ou recours dans les délais légaux, il ne saurait leur être opposé une décision entrée en force. En ce qui concerne l'argument de l'intimée, selon lequel elle ne pouvait pas rendre une décision formelle, le conseil des recourants n'ayant pas précisé l'objet d'une telle décision, cela est inexact. Ce dernier a expressément demandé le remboursement de la somme de 9'463 fr. 15, comme relevé ci-dessus. Par ailleurs, par son courrier du 21 août 2009, l'intimée s'y est référée, en indiquant "nous ne pouvons pas vous donner une réponse favorable à votre demande". Elle ne pouvait donc ignorer les prétentions des recourants et ainsi à quel sujet une décision formelle était sollicitée.

A/258/2010 - 9/16 - Il ne peut pas non plus être considéré que l'opposition du 23 septembre 2009 des recourants était dirigée contre la décision de suspension du 21 avril 2009. Ceux-ci ont en effet indiqué qu'ils s'opposaient à la décision du 21 août 2009. Partant, il y a lieu de constater que le recours est dirigé contre une décision sur opposition du 18 décembre 2009 et qu'il a été interjeté dans un délai de 30 jours à compter de cette décision, de sorte que le recours est recevable, sous réserve de la demande en constatation de droit. c) Les demandes en constatation de droit ne sont recevables, selon la jurisprudence, que si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du droit litigieux. Il doit s'agir d'un intérêt majeur, de fait ou de droit. En règle générale, cet intérêt fait défaut lorsque le demandeur peut immédiatement exiger une prestation exécutoire en sus de la simple constatation. Le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence et l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (ATF 122 III 279 consid. 3a p. 282; 120 II 20 consid. 3 p. 22; 114 II 253 consid. 2a p. 255; 110 II 352 consid. 2 p. 357; ATFA du 26 février 2003, cause 5C.246/2002). En l'espèce, les recourants pouvaient manifestement exiger le paiement des factures litigieuses, ce qu'ils ont également fait concrètement. Ils ne peuvent non plus être considérés qu'il y a une incertitude insupportable empêchant les recourants de prendre des décisions, par exemple de continuer à prodiguer des prestations médicales à l'assurée. En effet, il n'est pas contesté que le SAM prend aujourd'hui en charge l'intégralité des primes d'assurance-maladie de l'assurée, de sorte qu'une nouvelle suspension des prestations ne risque pas de se produire. Par conséquent, la conclusion en constatation de droit est irrecevable. d) Dès lors qu'il y a lieu de considérer que l'intimée a rendu une décision sur opposition sujette à recours, la question d'un recours pour déni de justice formel ne se pose plus. 4. Les recourants se plaignent en premier lieu d'une violation du droit d'être entendu, en reprochant à l'intimée d'avoir insuffisamment motivé sa décision. a) La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu, découlant de l'art. 4 Cst., l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 122 IV 8 consid. 2c p. 14 s.). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que l'intéressé puisse se rendre compte

A/258/2010 - 10/16 - de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 121 I 54 consid. 2c). Il y a cependant violation du droit d'être entendu si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et traiter les problèmes pertinents (ATF 118 Ia 35 consid. 2e p. 39). b) En l'espèce, la décision permet de comprendre que les prestations étaient refusées non pas en raison de la suspension des prestations durant les années 2005 et 2008, mais au motif de suspensions prononcées postérieurement et toujours en force, ce qui constitue précisément ici la question litigieuse. Cela étant, une violation du droit d'être entendu sous forme d'un défaut de motivation ne saurait être retenue. 5. Se pose ensuite la question de la déduction des quote-parts et franchises des montants remboursés. a) En vertu de l'art. 169 al. 1 du code des obligations, loi fédérale, du 30 mars 1911, complétant le code civil suisse (CO ; RS 220), l'intimée est en droit d'opposer aux recourants les mêmes exceptions qu'à l'assuré (ATF 127 V 439 consid. 4 p. 447). Selon l'art. 64 al. 1 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Celles-ci comprennent un montant fixé par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part;

al. 2). Il ne fait ainsi pas de doute que l'assurée doit participer aux coûts des prestations médicales, de sorte que c'est à raison que l'intimée ne les a pas remboursées intégralement. Par ailleurs, les recourants ne précisent pas en quoi l'intimée aurait le cas échéant retenu une franchise ou une quote-part trop élevées, de sorte qu'il peut être admis que les calculs de l'intimée sont fondés. Par conséquent, les recourants ne peuvent prétendre au remboursement de la totalité de leurs factures et il y a lieu d'admettre que l'intimée a versé les sommes dues à titre de remboursement des factures litigieuses. 6. En ce qui concerne les intérêts moratoires, l'art. 26 al. 2 LPGa prescrit que les intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestation d'assurance sociale à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. En l'espèce, la réponse à la question de savoir si des intérêts moratoires sont dus dépend en l'occurrence de celle de savoir si l'intimée a opposé aux recourants à raison la suspension de ses prestations. 7. Aux termes de l'art. 64a LAMal, entré en vigueur le 1er janvier 2006, lorsque l'assuré n'a pas payé les primes ou des participations aux coûts échus, l'assurance

A/258/2010 - 11/16 - lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours, en attirant son attention sur les conséquences du non-paiement dans le délai. Les al. 2 et 3 de cette disposition ont la teneur suivante : "Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites soient payés intégralement. (...) Dès le paiement intégral des primes ou des participations aux coûts arriérés ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies pendant la durée de la suspension." Le 27 juin 2007, l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) a été modifiée et complétée par l'art. 105c dont la teneur est la suivante: "1 Si l'assureur, dans le cadre de la procédure de poursuite, a requis la continuation de la poursuite, il doit suspendre le remboursement des coûts (système du tiers garant) ou la rémunération des prestations (système du tiers payant). 2 La suspension prend effet le jour de sa communication. Elle s'applique à toutes les factures qui parviennent à l'assureur durant la période de suspension du remboursement des coûts ou de la rémunération des prestations. 3 La suspension prend fin dès que les primes et les participations aux coûts qui faisaient l'objet de la réquisition de continuer la poursuite, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite échus, ont été payés. 4 L'assureur doit informer le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer des actes de défaut de biens qu'il a reçus. Les dispositions cantonales qui prévoient une annonce à une autre autorité sont réservées. 5 Lors de la suspension de la prise en charge des prestations, les assureurs ne peuvent pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui leur sont dues. 6 Lorsqu'un canton garantit le paiement ou le remboursement par forfait des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires et des

A/258/2010 - 12/16 - frais de poursuite ne pouvant être recouverts, il peut convenir avec un ou plusieurs assureurs des conditions auxquelles les assureurs renoncent à suspendre la prise en charge des prestations." Selon les dispositions finales de la modification du 27 juin 2007 OAMal, l'art. 105c al. 2 OAMal ne s'applique pas aux suspensions de la prise en

charge des prestations existant au 1er août 2007. 8. a) En l'espèce, le présent litige a en partie trait à des prestations fournies avant le 1er août 2007. Or, l'art. 105c al. 2 OAMal, selon lequel la suspension s'applique à toutes les factures qui parviennent à l'assureur durant la période de suspension du remboursement des coûts ou de la rémunération des prestations, n'est pas applicable aux prestations effectuées avant cette date selon la disposition transitoire précitée. A contrario, il convient d'en conclure que les suspensions prononcées jusqu'à cette date ne peuvent concerner que les prestations fournies pendant ces suspensions et non pas toutes les prestations dont les factures sont parvenues à l'assureur pendant la période de suspension. La première décision de suspension étant datée du 9 juin 2006, l'intimée n'était ainsi pas habilitée à suspendre le remboursement des factures relatives aux soins donnés avant la date de suspension, même si les factures lui étaient parvenues au moment où la suspension était déjà en vigueur. Cela concerne les factures d'un montant de 222 fr. et de 565 fr. 65, ainsi que partiellement la facture d'un montant total de 417 fr. 70 du Dr L\_\_\_\_\_, s'agissant des soins du 7 juin 2006 d'un montant de 113 fr. 10. Le total de ces factures s'élève à 900 fr. 75, montant dont il y a encore lieu de déduire la franchise et la participation aux coûts de l'assurée, à savoir 81 fr. 10 (22 fr. 20 + 56 fr. 55 + 2 fr. 35; cf. les décomptes de prestations de l'intimée). La créance en remboursement de ces factures est donc de 819 fr. 65. Cela étant, pour ce qui concerne les factures relatives aux prestations fournies avant la 1ère suspension, il convient de constater que les suspensions ne pouvaient être opposées à l'assurée, respectivement aux cessionnaires de la créance. b) Pour les factures postérieures, il convient d'admettre que le droit au remboursement était suspendu dès le départ jusqu'au paiement des primes afférentes aux suspensions en juillet 2008. Le droit au remboursement n'a donc pu naître éventuellement qu'à cette date. Dès lors que l'intimée a remboursé les factures relatives aux soins postérieurs au 6 juin 2006, date de la première suspension, au plus tard en juillet 2010, il y a lieu de constater qu'elle s'est acquittée de son obligation dans les deux ans à compter de la naissance du droit, soit au moment de la levée de la suspension en juillet 2008. Partant, aucun intérêt moratoire n'est dû, indépendamment de la question de savoir si le droit au remboursement est resté suspendu même après le paiement des primes par le SAM.

A/258/2010 - 13/16 - 9. Reste à déterminer à partir de quand les intérêts moratoires sur la somme de 819 fr. 65 sont dus. En admettant que le droit au remboursement de prestations médicales naît au moment où elles sont fournies, il sied de constater que les créances en remboursement sont nées le 26 mai 2005, les 1er, 9, 15, 22 et 29 mars 2006, ainsi que le 7 juin 2006. Pour autant que l'assurée ou les recourants aient fait valoir le droit au remboursement 12 mois auparavant, les intérêts moratoires sont donc dus deux ans après ces dates. En ce qui concerne la facture du 8 juin 2005, elle a déjà été payée, par erreur au Dr Q\_\_\_\_\_, le 30 juin 2005. Certes, seul le paiement de la somme due au créancier libère le débiteur. Toutefois, il convient de considérer que le créancier n'a en l'occurrence pas entièrement collaboré avec l'intimée comme on pouvait l'attendre de sa part. En effet, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué les coordonnées du Dr Q\_\_\_\_\_ dans cette facture et n'avait pas rendu l'intimée attentive à cette erreur lors de l'envoi d'une facture portant sur ces mêmes soins en date du 20 octobre 2008. L'intimée ne pouvait par conséquent pas se rendre compte de l'erreur à ce moment. De surcroît, Dr L\_\_\_\_\_ s'était encore une fois trompé dans la facture du 20 octobre 2008, en ce qui concerne ses coordonnées, dès lors qu'il a indiqué celles de la Dresse R\_\_\_\_\_. Partant, de l'avis du Tribunal de céans, il ne peut être admis que l'intimée était en demeure pour le paiement de la somme de 222 fr. Les autres factures concernant les soins donnés avant le 9 juin 2006 ont été adressées à l'intimée

le 23 mai et le 20 juillet 2006. Cela étant, le droit aux intérêts moratoires doit être admis sur la somme de 510 fr. 10 (après déduction de la quote-part) à compter de la date moyenne du 15 mars 2008, étant précisés que les soins ont été donnés entre le 1er et le 29 mars 2006, et pour la somme de 110 fr. 75 à compter du 9 juin 2008 jusqu'au 22 mai 2010, date du décompte de prestations et dès lors, selon toute vraisemblance, date du paiement. En admettant deux ans et deux mois de demeure pour la première facture, les intérêts moratoires y relatifs s'élèvent à 55 fr. 25. Pour la somme 110 fr. 75, la demeure est, en chiffres ronds, d'un an et de neuf mois, de sorte que les intérêts moratoires se déterminent à 10 fr. 60. Ainsi, il y a lieu de reconnaître au Dr L\_\_\_\_\_ la somme de 66 fr., en chiffres ronds, à titre d'intérêts moratoires. 10. Cela étant, le recours du Dr L\_\_\_\_\_ sera très partiellement admis et la décision litigieuse annulée en ce qu'elle lui a refusé des intérêts moratoires de 66 fr. Le recours des autres médecins sera rejeté.

A/258/2010 - 14/16 - 11. Au vu de la modicité de la somme obtenue par les recourants, il n'y a pas lieu de leur octroyer des dépens.

A/258/2010 - 15/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ A la forme :

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