

## **GE\_GERICHTE ATAS/611/2006 vom 6. Juli 2006**

GE Cour de justice, 2006-07-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_611\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_611_2006)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/611/2006 du 6 juillet 2006

IT: GE\_GERICHTE ATAS/611/2006 del 6 luglio 2006

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

La Caisse maladie ASSURA a introduit les 23 mai et 3 juin 2005, une action contre X\_\_\_\_\_ devant le Tribunal arbitral des assurances sociales, visant à obtenir l'annulation des honoraires facturés par X\_\_\_\_\_ à deux de ses assurés, au motif que les médecins concernés n'étaient pas titulaires d'une autorisation personnelle de pratiquer à charge de l'assurance-maladie. Cette procédure est encore pendante.

#### **E. 4**

Par arrêtés du 30 mai 2005 déclarés exécutoires nonobstant recours, le Conseil d'Etat a délivré aux 23 médecins une autorisation personnelle de pratiquer à titre indépendant à charge de l'assurance-maladie, limitée aux soins prodigués pour le compte de X\_\_\_\_\_.

#### **E. 5**

SANTESUISSE a interjeté 23 recours le 4 juillet 2005 contre lesdits arrêtés auprès du Tribunal administratif. Elle a conclu à leur annulation et a requis la restitution de l'effet suspensif.

A/4444/2005 - 3/12 -

#### **E. 6**

Par arrêt du 6 septembre 2005, le Tribunal administratif a prononcé la jonction des causes, a déclaré irrecevables les recours et les a transmis au Conseil d'Etat. Il a considéré que les arrêtés du Conseil d'Etat comportaient chacun deux décisions, soit une autorisation délivrée aux médecins de pratiquer leur profession à titre indépendant à Genève, fondée sur la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM) et sur la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (LPS), ainsi que le droit de pratiquer la profession de médecin à charge de l'assurance-maladie sociale selon les art. 36 et 55a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Rappelant que les décisions prises en application de la LAMal doivent être attaquées par la voie de l'opposition auprès de l'autorité qui les a rendues et constatant que le litige portait exclusivement sur l'application de la LAMal, il s'est déclaré incompétent et a renvoyé les causes au Conseil d'Etat, lequel avait agi dans le cas d'espèce comme organe d'exécution de la LAMAL et non comme organe de surveillance des professions de la santé, afin que celui-ci statue sur opposition.

#### **E. 7**

Par décisions du 16 novembre 2005, le Conseil d'Etat a déclaré les oppositions irrecevables, au motif que SANTESUISSE n'avait pas la qualité de partie à la procédure d'opposition et a

constaté que de ce fait, la demande visant au rétablissement de l'effet suspensif devenait sans objet, étant ajouté qu' "il n'y a pas lieu non plus de restituer d'office cet effet suspensif compte tenu de l'intérêt public au maintien d'une couverture adéquate des besoins en soins de la population genevoise en matière de médecine ambulatoire d'urgence".

#### **E. 8**

SANTESUISSE, représentée par Maître Mario-Dominique TORELLO, a déposé 22 recours le 16 décembre 2005 contre les décisions sur opposition du Conseil d'Etat concernant chacun des médecins, auprès du Tribunal de céans, étant précisé qu'elle n'entend pas contester la décision sur opposition concernant le Docteur Z\_\_\_\_\_. Elle rappelle qu'elle est une association faîtière ayant pour but de garantir et de défendre les intérêts communs de ses membres, les assureurs-maladie, qu'elle a ainsi le pouvoir de représentation devant les tribunaux selon l'art. 17 de ses statuts. Elle allègue à cet égard que le Tribunal administratif du canton de Fribourg a rendu un arrêt le 16 novembre 2005, aux termes duquel il a reconnu sa qualité pour agir. Elle estime que les assureurs-maladie peuvent se prévaloir d'un intérêt direct et concret, dans la mesure où la reconnaissance d'un fournisseur de prestations supplémentaire implique inévitablement une augmentation des prestations à leur charge. Au surplus, l'ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire de 3 juillet 2002, entrée en vigueur le 4 juillet 2002 pour une durée de trois ans, et prorogée jusqu'en juillet 2008, prévoit expressément une obligation des cantons de communication à l'égard de la recourante.

A/4444/2005 - 4/12 - Selon la recourante, le Conseil d'Etat a causé un dommage aux assureurs-maladie en délivrant sans réserve aux 23 médecins travaillant pour X\_\_\_\_\_ une autorisation personnelle de pratiquer à charge de l'assurance-maladie. Elle considère en effet que, ce faisant, le Conseil d'Etat a augmenté le nombre de fournisseurs de prestations, ce qui inmanquablement aura pour effet de provoquer un surplus de prestations à charge des assureurs. Les autorisations délivrées selon elle détournent de son but le moratoire promulgué par le Conseil fédéral sur l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations (55a LAMal).

#### **E. 9**

Par ordonnance du 23 décembre 2005, le Tribunal de céans a procédé à la jonction des causes.

#### **E. 10**

Les 27 juillet 2005 et 12 décembre 2005, le Conseil d'Etat a remplacé l'autorisation du 30 mai 2005 accordée aux Docteurs Z\_\_\_\_\_ et A1\_\_\_\_\_ par une autorisation d'exercer la profession de médecin à titre indépendant à charge de l'assurance-maladie pour le premier, et non à charge de l'assurance-maladie pour le second. Maître Jacques ROULET, mandataire de X\_\_\_\_\_ et de tous les médecins concernés, a informé le Tribunal de céans le 31 janvier 2006 que le Docteur A1\_\_\_\_\_ ne travaillait plus pour X\_\_\_\_\_ depuis le 12 décembre 2005.

#### **E. 11**

Invités à se déterminer, les Docteurs A\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_.

P \_\_\_\_\_, Q \_\_\_\_\_, R \_\_\_\_\_, S \_\_\_\_\_, T \_\_\_\_\_, V \_\_\_\_\_, tous représentés par Maître Jacques ROULET, ont fait part de leurs observations le 31 janvier 2006, X \_\_\_\_\_ étant qualifié d'intervenant. Ils concluent préalablement à ce que soit ordonnée la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu dans la procédure pendante par-devant le Tribunal arbitral des assurances, principalement à ce qu'il soit constaté que SANTESUISSE n'a pas la qualité pour recourir, que, partant, les recours sont irrecevables, et subsidiairement, à ce que SANTESUISSE soit déboutée de sa demande de restitution de l'effet suspensif. Maître ROULET a par ailleurs informé le Tribunal de céans, par courrier du même jour, que le Docteur A1 \_\_\_\_\_ n'était plus au bénéfice d'une autorisation de pratique individuelle à charge de la LAMal depuis le 12 décembre 2005 et qu'il ne travaillait plus pour X \_\_\_\_\_.

#### **E. 12**

Dans son mémoire-réponse du 28 mars 2006, le Conseil d'Etat, représenté par Maître Bernard ZIEGLER, considère qu'il ne se justifie pas, dans le cas d'espèce, de suspendre la cause dans l'attente du jugement que rendra le Tribunal arbitral, fait valoir que le recours déposé par SANTESUISSE doit être déclaré irrecevable car dirigé contre des décisions qui ne font pas l'objet du présent litige et invoquant des griefs qui ne sont pas pertinents dans le cadre de ce dernier. Au fond, il rappelle

A/4444/2005 - 5/12 - qu'en l'espèce le litige porte d'une part, sur la question de savoir si c'est à juste titre que le Conseil d'Etat a déclaré irrecevables les oppositions, et d'autre part, si l'effet suspensif aurait dû être rétabli. Il relève que la seule question tranchée par le Conseil d'Etat est celle de la qualité de la recourante pour former opposition. Il maintient qu'elle fait défaut : la recourante et ses membres n'ont pas qualité pour former opposition contre les autorisations des 30 mai et 13 juin 2005. S'agissant de la demande de rétablissement de l'effet suspensif, il conclut à son rejet. Il requiert enfin formellement du Tribunal de céans, au cas où les recours seraient déclarés recevables quant à la forme et bien fondés sur la qualité de la recourante pour former opposition, de lui renvoyer la cause pour décision au fond.

#### **E. 13**

Invité à se déterminer sur la demande de suspension jusqu'à droit connu dans la procédure pendante par-devant le Tribunal arbitral des assurances, SANTESUISSE par courrier du 8 mai 2006, a relevé que l'objet des deux procédures n'étant pas le même, il s'y oppose. Il constate par ailleurs que le reproche qui lui est fait par le Conseil d'Etat d'avoir dirigé son recours non contre les arrêtés sur opposition du 16 novembre 2005 mais contre les arrêtés des 30 mai et 13 juin 2005, n'est pas fondé dans la mesure où il ne s'agit-là que d'une faute de frappe qui s'est répétée dans les 22 recours.

#### **E. 14**

Les écritures des médecins, le mémoire-réponse du Conseil d'Etat et le dernier courrier de SANTESUISSE ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

#### **E. 15**

Les alléguées des parties seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit qui suit.

EN DROIT 1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r

et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. 2. En l'espèce, le Conseil d'Etat a délivré aux médecins des autorisations personnelles de pratiquer à titre indépendant à charge de l'assurance-maladie limitées aux soins prodigués pour le compte de X\_\_\_\_\_. Il est ce faisant intervenu en tant qu'organe d'exécution de la LAMal conformément à l'art. 3 al. 2 let. b de la loi

A/4444/2005 - 6/12 - d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - LaLAMal. Selon cette disposition en effet, "relèvent de la compétence du Conseil d'Etat : a) (...) b) l'admission des fournisseurs de prestations et la définition de leurs mandats de prestations". Dès lors, conformément aux art. 35 et 36 LaLAMal, la compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est établie. 3. a) Selon le Conseil d'Etat, les recours sont irrecevables car "dirigés contre des décisions qui ne font pas l'objet du présent litige et invoquant des griefs qui ne sont pas pertinents dans le cadre de ce dernier". Le Conseil d'Etat reproche ainsi à la recourante d'avoir conclu à l'annulation des arrêtés du 30 mai 2005 et/ou du 13 juin 2005 et au renvoi du dossier à la Direction générale de la santé, en faisant valoir une violation de l'art. 55a LAMal. Il y a en effet lieu de relever que les recours ne peuvent en réalité être interjetés que contre les décisions du 16 novembre 2005, lesquelles se bornent à déclarer les oppositions irrecevables en raison du défaut de légitimation active de l'opposante. b) Aux termes de l'art. 61 al. 1 let. b LPGA, "sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes : a. (...) b. l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté". L'art. 65 al. 1 de la loi sur la procédure administrative (LPA) confirme que l'acte de recours doit contenir, sous peine d'irrecevabilité, la désignation de la décision attaquée et les conclusions du recourant. c) Certes la désignation des décisions attaquées n'est-elle en l'espèce pas exacte puisque la recourante requiert l'annulation des 22 arrêtés du Conseil d'Etat des 30 mai et 13 juin 2005. On peut toutefois relever qu'aux pages 8 à 12 de ses écritures, la recourante s'efforce de démontrer qu'elle bénéficie de la légitimation active, ce qui constitue bel et bien l'objet des arrêtés sur opposition du 16 novembre 2005. Les autorités administratives et judiciaires sont liées par le principe général de la bonne foi en procédure, découlant aussi bien de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale (Cst.) que de l'art. 9 Cst. L'interdiction du formalisme excessif qui

A/4444/2005 - 7/12 - constitue l'une de ces garanties de procédure commande à celles-ci d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure qui auraient pu être redressés à temps, lorsqu'elles pouvaient s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (ATF 120 V 417 consid. 5a). Le formalisme excessif est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsqu'il est prévu pour une procédure des règles de forme rigoureuses, sans que cette rigueur soit matériellement justifiée. Selon la jurisprudence, les formes procédurales sont nécessaires dans la mise en oeuvre des voies de droit pour assurer le déroulement de la procédure conformément au principe de l'égalité de traitement, ainsi que pour garantir l'application du

droit matériel; toutes les exigences formelles ne se trouvent donc pas en contradiction avec la prohibition du formalisme excessif. Il y a formalisme excessif seulement lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 130 V 183 consid. 5.4.1, 128 II 142 consid. 2a). L'excès de formalisme peut résider soit dans la règle de comportement imposée au justiciable, soit dans la sanction qui lui est attachée (ATF 125 I 170 consid. 3a). La plus récente jurisprudence du Tribunal fédéral relatives aux exigences à respecter en matière de recours selon l'art. 61 LPG (ATF I 126/05 du 6 juin 2005), confirme la souplesse que les autorités doivent avoir dans le domaine de la sécurité sociale en matière d'exigences formelles. En l'espèce, la recourante a dit quelle était la décision qu'elle entendait attaquer et a développé des conclusions. La motivation de l'acte de recours permet clairement de comprendre que la recourante entendait bien contester les décisions sur opposition, la référence aux arrêts des 30 mai et 13 juin 2005 constituant à l'évidence une faute de frappe, ce d'autant que les décisions sur opposition ont été jointes au recours. Partant, les recours, interjetés en temps utile, sont recevables (art. 36 LAMal). 4. La LPG est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, elle est applicable aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient (art. 2 LPG). Selon l'art. 1 LAMal, la LPG ne s'applique pas à l'admission et l'exclusion des fournisseurs de prestations (art. 35 à 40 et 59). Or, les arrêtés rendus par le Conseil d'Etat portent précisément sur l'art. 35 LAMal. En conséquence la LPG n'est pas applicable dans le cas d'espèce.

A/4444/2005 - 8/12 - 5. Il y a préalablement lieu de constater que le recours concernant le Docteur A1 \_\_\_\_\_ est devenu sans objet, puisque celui-ci n'est plus au bénéfice d'une autorisation de pratique individuelle à charge de l'assurance-maladie. 6. Le présent litige porte uniquement sur la qualité de la recourante pour former opposition contre les arrêtés des 30 mai et 13 juin 2005, ainsi que subsidiairement sur la question de l'effet suspensif. 7. X \_\_\_\_\_ et les 21 médecins concernés ont requis du Tribunal de céans qu'il ordonne la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu dans la procédure pendante par-devant le Tribunal arbitral, rappelant que si cette juridiction considère qu'ils n'ont pas besoin d'être au bénéfice d'une autorisation individuelle de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins pour que les notes d'honoraires émises par X \_\_\_\_\_ soient remboursées par les assureurs, la présente procédure deviendra sans objet. X \_\_\_\_\_ et les médecins se fondent sur l'art. 14 LPA, aux termes duquel : "Lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut, le cas échéant, être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions. Les autorités administratives et les juridictions administratives saisies d'une question préjudicielle sont toutefois liées par les décisions de l'organe compétent qui l'ont résolue avec force de chose jugée". Il y a toutefois lieu de relever que l'objet de la présente procédure ne porte précisément pas sur le fond, mais uniquement sur la qualité pour agir de la recourante, ainsi que, si celle-ci était reconnue, sur sa demande de restitution de l'effet suspensif. Il ne se justifie dès lors pas de suspendre la présente procédure. 8. Dans ses décisions sur opposition du 16 novembre 2005, le Conseil d'Etat a nié la qualité de la recourante pour former opposition, raison pour laquelle il a déclaré irrecevables les oppositions. Il a en effet considéré que la recourante n'était pas plus touchée que quiconque par les arrêtés du 30 mai

2005 autorisant chacun des 23 médecins travaillant pour le compte de X \_\_\_\_\_ à pratiquer à charge de l'assurance-maladie. La recourante n'avait pas non plus un intérêt direct et concret à l'annulation de ces arrêtés, étant précisé qu'un intérêt public à une application correcte du droit ne suffit pas. 9. Aux termes de l'art. 35 LaLAMal, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition. Cette disposition légale ne règle pas la qualité pour former opposition. Aussi convient-il de se référer à l'art. 60 LPA qui définit la

A/4444/2005 - 9/12 - qualité pour recourir, dans la mesure où il serait contraire à la systématique de la loi et au principe de l'unité de la procédure qu'une partie ait la qualité pour recourir, mais non pas pour faire opposition (arrêt du TFA non publié du 11 octobre 2004, cause I 226/04, p. 2 consid. 3.2 et références y citées ; ATF 122 V 375 ; cf. également GHELEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance- accidents (LAA), Fribourg 1992, p. 284). Selon cette disposition, cette qualité est reconnue à quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. La teneur de cette prescription est identique à l'art 103 al. 1 let. a de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (OJ) concernant la qualité pour recourir dans le cadre d'un recours de droit administratif au Tribunal fédéral. Elle doit dès lors être interprétée conformément à cette dernière disposition (arrêt du TFA non publié op. cit., p. 2 consid. 3.2). Selon la jurisprudence relative à cette disposition, est considéré comme intérêt digne de protection au sens de la loi tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que veut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéal, matériel ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il doit s'agir d'un intérêt direct et concret, à savoir la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, ce qui n'est pas le cas d'une personne qui n'est atteinte que de manière indirecte ou médiate (ATF 130 V 202 consid. 3; 127 V 3 consid. 1b): En ce qui concerne l'atteinte, il convient de distinguer entre les destinataires de la décision contestée et les tiers. Le destinataire est la personne dont la décision a pour objet de définir la situation juridique. Quant au tiers, il agit à côté du destinataire de la décision. Il ne subit en principe aucune atteinte juridique, soit une diminution de son droit ou une aggravation de ses obligations. Les effets préjudiciables de la décision sont de fait. L'existence d'une relation suffisante est nécessaire pour déterminer à partir de quelle intensité ces effets constituent une atteinte propre à léser un intérêt digne de protection. Pour cela, il faut qu'il y ait véritablement un préjudice porté de manière immédiate à la situation personnelle du recourant, ce qui doit être examiné dans chaque cas particulier (ATF 125 V 342 consid. 4a). Pour l'évaluation de l'intensité de l'atteinte, il y a lieu de distinguer si le moyen de droit est dirigé contre une décision favorisant son destinataire ou s'il est utilisé en faveur du destinataire. Dans cette dernière hypothèse, si le destinataire n'a pas fait usage du moyen de droit, la légitimation active ne peut être reconnue au tiers que si celui-ci peut se prévaloir d'un intérêt à la procédure de recours, juridiquement protégé et indépendant. Le fait d'être créancier du destinataire de la décision ne suffit pas, s'agissant d'un recours du tiers en faveur du destinataire, pour fonder un intérêt juridiquement protégé et ainsi la légitimation active. Un intérêt économique de fait à la modification de la décision est certes donné dans ce cas. Toutefois, la

A/4444/2005 - 10/12 - relation suffisante nécessaire ne peut être admise que si le tiers subit par la décision litigieuse un préjudice immédiat (arrêt non publié du TFA op. cit., p. 3, consid. 3.5). Le TFA a considéré que ni les assureurs-maladie à titre individuel ni l'une de leur fédération n'avaient qualité pour recourir contre des décisions de l'OFAS en matière d'admission de médicaments dans la liste des spécialités (ATF 127 V 80). Il a également nié la qualité de partie aux caisses-maladie qui n'étaient pas destinataire de la décision par laquelle le Département fédéral de l'intérieur avait retiré à Visana l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale au sens de l'art. 1 al 1 LAMal (ATF 124 V 393). 10. Selon la jurisprudence, une association peut agir par la voie du recours de droit public en vue de sauvegarder les intérêts de ses membres, quand bien même elle n'est pas elle-même directement touchée par l'acte entrepris. Il faut notamment qu'elle ait la personnalité juridique et que la défense des intérêts de ceux-ci figure parmi ses buts statutaires. En outre, ses membres doivent être personnellement touchés par l'acte litigieux du moins en majorité ou en grand nombre (ATF 125 I 369 consid. 1a p. 372; 124 I 145 consid. 1c p. 149; 123 I 369 consid. 2 p. 224/225 et les références citées). La recourante est une association au sens des art. 60 et ss CCS (art. 1 de ses statuts). Son but vise à garantir et à défendre les intérêts de ses membres (art. 4 de ses statuts). Selon l'art. 17 de ses statuts, elle peut valablement les représenter lors de litiges devant les tribunaux. Reste à déterminer si les assureurs-maladie qu'elle entend représenter, sont touchés par les arrêtés du Conseil d'Etat et s'ils peuvent justifier d'un intérêt digne d'être protégé. Il y a préalablement lieu de constater que seuls les médecins sont les destinataires des arrêtés du Conseil d'Etat. Ni la recourante ni les assureurs-maladie ne le sont; ils ont ainsi la position de tiers dans ce litige. La recourante ne peut au surplus se prévaloir du fait qu'elle a reçu une copie de ces arrêtés pour se voir reconnaître la qualité de destinataire (ATF 110 V 132; ATF 125 V 339). Le Tribunal de céans constate que jusqu'à l'automne 2003, ces mêmes médecins, auxquels une autorisation personnelle a été délivrée, travaillaient déjà au service de X\_\_\_\_\_ et voyaient leurs notes d'honoraires remboursées par les assureurs par le biais du code créancier global de X\_\_\_\_\_. Dès mars 2005, cependant, celles-ci ne l'ont plus été du tout, le code créancier de X\_\_\_\_\_ ayant été résilié. S'il est vrai que, dès la délivrance des 23 nouvelles autorisations, les prestations des médecins concernés devraient être à nouveau remboursées par les assureurs-maladie, il y a toutefois lieu de rappeler que ces médecins traitent les patients dans le cadre bien délimité d'une structure d'urgences médicales. L'octroi de l'autorisation personnelle de pratiquer à charge de l'assurance-maladie aux 23 médecins ne saurait ainsi être assimilée à l'ouverture d'autant de cabinets médicaux,

A/4444/2005 - 11/12 - les autorisations ayant été expressément limitées aux soins prodigués pour le compte de X\_\_\_\_\_. Le lien qui pourrait être fait par la recourante entre l'ouverture de cabinets médicaux privés et l'augmentation des coûts à charge des assureurs-maladie n'est dès lors pas pertinent en l'espèce. A relever enfin que c'est la résiliation du code créancier de X\_\_\_\_\_ qui a conduit le Conseil d'Etat à accorder ces nouvelles autorisations. La situation pour les assureurs-maladie n'est en l'état pas différente de celle qui existait avant l'automne 2003. Force dès lors est de constater que la recourante n'a pas apporté la preuve que les intérêts patrimoniaux des assureurs-maladie seraient touchés de manière immédiate par la délivrance de ces autorisations personnelles. Les assureurs-maladie ne peuvent ainsi se prévaloir d'aucun intérêt direct et concret. 13. La recourante fait état d'un arrêt rendu par le Tribunal administratif fribourgeois le

novembre 2005, aux termes duquel sa qualité pour agir a été reconnue. L'autorisation de pratiquer contestée par SANTESUISSE avait été délivrée dans ce cas à un médecin en sa qualité d'assistant salarié auprès d'un cabinet médical privé. La juridiction fribourgeoise a admis la qualité pour recourir de SANTESUISSE, en se bornant à relever que "même si l'autorisation ne permet pas à l'assistant de facturer à titre individuel à charge de l'assurance-maladie, elle impliquerait une prise en charge de ses prestations par le biais d'une facturation à la charge de l'assurance-maladie par le Docteur Y". Le Tribunal de céans constate que la juridiction fribourgeoise n'était pas saisie de la même problématique, puisqu'il s'agissait en l'occurrence de prendre en considération un nouveau médecin autorisé à pratiquer, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. 14. La légitimation active n'étant dès lors pas reconnue à la recourante, les décisions sur opposition du 16 novembre 2005 doivent être confirmées et la demande visant à obtenir le rétablissement de l'effet suspensif déclarée sans objet.

A/4444/2005 - 12/12 -

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