

## **GE\_GERICHTE ATA/1049/2017 vom 4. Juli 2017**

GE Cour de justice, 2017-07-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATA\\_1049\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATA_1049_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATA/1049/2017 du 4 juillet 2017

IT: GE\_GERICHTE ATA/1049/2017 del 4 luglio 2017

### **Regeste**

Résumé: Admission partielle du recours de deux cliniques vaudoises contre une décision de l'Etat de Genève, conformément à ce que le TF a tranché dans un litige opposant des cliniques genevoises au canton de Vaud. Les instruments de planification hospitalière du canton de Genève ne s'appliquent qu'aux patients domiciliés dans ce canton. Dès lors qu'un patient genevois (au-delà des cas d'urgences) se fait hospitaliser dans une clinique vaudoise et que ladite clinique qui l'a accueilli fait partie des établissements reconnus par le canton de Vaud comme pouvant bénéficier de la prise en charge de l'assurance obligatoire des soins, le canton de Genève ne peut refuser la prise en charge de la part cantonale des frais d'hospitalisation, facturée par ledit établissement, indépendamment du fait de savoir si celui-ci a ou non épuisé ses quotas dans son canton de résidence, en l'occurrence le canton de Vaud.

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

novembre 2014 consid. 2), si bien qu'elle est habilitée à juger le présent litige. 2)

Aux termes de l'art. 70 al. 1 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

En l'espèce, les deux recourantes ont recouru contre la même décision dont elles étaient toutes deux destinataires, dans le cadre d'une problématique juridique identique vis-à-vis de laquelle elles invoquent conjointement, notamment via leur association faitière, des moyens similaires. Elles sont en outre représentées par le même mandataire. Dans ces circonstances, il apparaît judiciaire de procéder à une jonction des deux causes (A/2470/2015 et A/2471/2015) et de ne rendre qu'un seul et même arrêt, statuant sur les deux recours, sous le numéro A/2470/2015. 3)

Interjetés non seulement devant la juridiction compétente, mais également dans le respect du délai légal de trente jours (art. 62 al. 1 let. a LPA), les recours d'A \_\_\_\_\_ et de B \_\_\_\_\_ sont recevables. 4)

Le recours peut être formé pour violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, ainsi que pour constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 61 al. 1 LPA). La chambre administrative n'a toutefois pas la compétence d'apprécier l'opportunité de la décision attaquée, sauf exception prévue par la loi (art. 61 al. 2 LPA), hypothèse non réalisée en l'espèce. 5)

Les deux recours sont dirigés contre le refus du département de prendre en charge la part cantonale de l'AOS en cas d'hospitalisation de patients genevois, pour des raisons de

convenance personnelle, dans les cliniques vaudoises des

- 16/28 - A/2470/2015 recourantes, lorsque les autorités vaudoises n'ont pas au préalable accepté que ces interventions soient déduites des contingents attribués auxdites cliniques. 6)

Le litige consiste à déterminer si la limitation du volume de prestations (ou contingents) fixés dans le mandat de prestations confié aux recourantes par le canton de Vaud est applicable en cas d'hospitalisation de patients genevois dans leurs établissements pour des raisons de convenance personnelle (ne relevant donc pas de l'urgence ou de raisons médicales).

Les recourantes considèrent que la légalité de la fixation d'un volume maximal de prestations (ou quotas) dans la planification cantonale est douteuse lorsqu'elle s'applique aux patients résidant dans le canton planificateur, mais qu'elle est plus encore clairement contraire au principe du libre choix de l'hôpital figurant à l'art. 41 al.1bis LAMal lorsqu'elle s'applique aux patients en provenance d'autres cantons.

L'autorité intimée soutient à l'inverse que le libre choix ne peut s'exercer vers un hôpital figurant sur la liste du canton où se situe ce dernier, que si le canton de résidence de l'assuré et celui du lieu de situation de l'hôpital tiennent mutuellement compte de leurs planifications hospitalières respectives, sous peine de vider de son sens la planification cantonale imposée par le législateur.

Le traitement de ce grief implique de rappeler préalablement les conséquences de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ainsi que les systèmes de la planification hospitalière et du libre choix de l'hôpital mis en œuvre par la législation. 7) a. Aux termes de l'art. 39 al. 1 LAMal, les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'ils : a) garantissent une assistance médicale suffisante ; b) disposent du personnel qualifié nécessaire ; c) disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ; d) correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ; e) figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

b. La LAMal a fait l'objet d'une révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2009, avec mise en œuvre au plus tard au 1er janvier 2012 selon les dispositions transitoires, sur la question du financement hospitalier (loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal] [financement hospitalier], modification du 21 décembre 2007, RO 2008 2049).

- 17/28 - A/2470/2015

Les changements majeurs découlant de cette révision sont les suivants : - le passage du financement de l'hôpital au financement des prestations fournies par l'hôpital ; - l'introduction de forfaits liés aux prestations basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau suisse, avec une inclusion des coûts d'investissements dans le calcul des forfaits. Les forfaits sont financés par le canton et les assureurs, selon leur part respective. L'autorité cantonale compétente fixe pour chaque année civile la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins ; - l'instauration par le Conseil fédéral de critères uniformes de planification hospitalière basés sur la qualité et l'économicité ; - l'introduction

du libre choix de l'hôpital ; - l'admission des maisons de naissance comme fournisseurs de prestations LAMal.

c. Selon la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008, les fournisseurs de prestations établissaient leurs factures sur la base de tarifs ou de prix fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (art. 43 al. 1 et al. 3 aLAMal). Les conventions tarifaires devaient être approuvées par le gouvernement cantonal compétent ou, si elles couvraient toute la Suisse, par le Conseil fédéral (art. 46 al. 4 LAMal). À défaut de convention, le gouvernement cantonal fixait le tarif, après avoir consulté les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal). Pour rémunérer le traitement hospitalier, les parties à une convention devaient convenir de forfaits couvrant, pour les habitants du canton, au maximum 50% des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (art. 49 al. 1, 1ère phrase, aLAMal).

L'assuré avait le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur ne prenait en charge les coûts que jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence de l'assuré (art. 41 al. 1 aLAMal). Toutefois, si, pour des raisons médicales, l'assuré recourait à un autre fournisseur de prestations (hospitalisation extracantonale), l'assureur prenait en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations (art. 41 al. 2 aLAMal). Si, toujours pour des raisons médicales, l'assuré recourait aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prenait en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital appliquait aux résidents du canton (art. 41 al. 3 aLAMal).

- 18/28 - A/2470/2015

Il résultait de cette législation que le canton de résidence de l'assuré ne prenait en principe pas en charge le financement d'hospitalisations extracantonales décidées par convenance personnelle. En revanche, en cas d'urgence, ou en cas de traitement nécessaire hors canton, le canton de résidence prenait une partie des coûts en charge, conformément à l'art. 41 al. 3 aLAMal.

d. Selon la nouvelle législation en vigueur, pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits (art. 49 al. 1, 1ère phrase, LAMal). Les rémunérations au sens de cette disposition sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective (art. 49a al. 1 LAMal). Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins (art. 49a al. 2 LAMal). Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal (art. 49a al. 3 LAMal).

La révision comprend un nouvel art. 41 al. 1bis LAMal d'après lequel, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital

répertorié du canton de résidence (art. 41 al. 1bis LAMal). Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal. À l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire (art. 41 al. 3 LAMal).

e. Comme déjà exposé, l'art. 39 al. 1 LAMal, dont la teneur est restée inchangée suite à la révision sur le financement hospitalier, pose les conditions auxquelles les hôpitaux et d'autres institutions sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Selon la nouvelle législation en vigueur, les cantons coordonnent leur planification (art. 39 al. 2 LAMal) et le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs (art. 39 al. 2ter LAMal).

- 19/28 - A/2470/2015

Conformément à cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté les art. 58a à 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102 ; RO 2008 5097), lesquels précisent le cadre de la planification hospitalière cantonale.

À teneur de l'art. 58a al. 1 OAMal, la planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39 al. 1 let. d LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social. Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications (art. 58a al. 2 OAMal).

Les cantons déterminent non seulement l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée (art. 58b al. 2 OAMal), mais également l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée (art. 58b al. 3 OAMal).

Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39 al. 2 LAMal, les cantons doivent notamment exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés (art. 58d let. a OAMal) et coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins (art. 58d let. b OAMal).

Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b al. 3 OAMal (58e al. 1 OAMal). Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations (art. 58e al. 2 OAMal). Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence (art. 58e al. 3 OAMal). 8)

À teneur du message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004, les grandes lignes du projet de révision de la LAMal proposées par le Conseil fédéral concernaient l'abandon du financement des établissements et le passage à un financement des prestations fournies par l'hôpital, la rémunération de ces prestations à parts égales par l'assureur et le canton de résidence de l'assuré, la planification cantonale ou intercantonale de la couverture des besoins en soins hospitaliers de tous les assurés, la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée ainsi que l'amélioration des données de base et des

statistiques (FF 2004 5207 p. 5221).

Le Conseil fédéral a souligné que la planification cantonale était l'instrument prévu par la LAMal pour réduire les surcapacités hospitalières

- 20/28 - A/2470/2015 (FF 2004 5207 p. 5214). Il a également souligné qu'il souhaitait favoriser l'établissement de planifications hospitalières intercantionales, de manière à coordonner et optimiser la fourniture de prestations pour en réduire les coûts de production. Cet objectif a trouvé une certaine concrétisation dans l'art. 39 al. 2 LAMal ainsi que dans l'art. 58d OAMal.

De manière générale, la planification hospitalière a pour but d'assurer la coordination des fournisseurs de prestations, une meilleure utilisation des ressources et une compression des coûts (FF 1992 I 65 p. 149 ; ATF 132 V 6 consid. 2.4.1 ; 125 V 448 consid. 3b). 9)

Le projet initial de révision de la LAMal soumis par le Conseil fédéral aux chambres fédérales ne prévoyait pas le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse, mais au contraire une limitation indirecte du libre choix de l'hôpital, au niveau intercantonal, par l'absence de prise en charge du financement résiduel cantonal lorsque le traitement hors canton n'était pas médicalement justifié, soit lorsqu'il n'était pas imposé par l'urgence ou par ou l'absence de traitement disponible dans un établissement figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile (art. 41 al. 3 du projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal] [Financement hospitalier], FF 2004 5207 p. 5253). Le principe du libre choix offert aux patients d'aller se faire soigner dans les hôpitaux de toute la Suisse figurant sur une liste de planification (art. 41 al. 1bis LAMal) a été discuté, pour la première fois, au sein du Conseil national, sur proposition unanime de la commission de la sécurité sociale et de la santé, mais contre l'avis de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, laquelle craignait que cela débouche sur une augmentation des coûts pour les cantons. Grâce à cette extension, le Conseil national voulait offrir aux patients un plus vaste choix et renforcer l'aspect concurrentiel (BO 2007 CN 414 et suivantes, rapporteurs Ruth HUMBEL et Yves GUIBAN, page 440 et suivantes, voix Jacqueline FEHR, Pierre TRIPONEZ, Toni BORTOLUZZI, Conseiller Fédéral Pascal COUCHEPIN). Il a été proposé de renoncer au libre choix de l'hôpital en prétextant qu'une planification cantonale était possible uniquement si les cantons connaissaient le nombre de personnes concernées par la planification, ce qui n'était pas faisable en cas de libre choix de l'hôpital (BO 2007 CN 439, Franziska TEUSCHER). La majorité a répondu que les régions responsables de la couverture des besoins étaient supracantoniales et que la planification hospitalière devait regarder au-delà des frontières du canton (BO 2007 CN 440 suiv., Jacqueline FEHR, Pierre TRIPONEZ, Thérèse MEYER, le Conseiller fédéral Pascal COUCHEPIN, rapporteur Ruth HUMBEL). Le sujet du libre choix de l'hôpital a suscité de longs débats au sein du Conseil des États. Il a finalement adhéré à ce principe, tout en précisant, afin d'apaiser les inquiétudes des cantons concernant l'augmentation des coûts, que la participation de l'assurance-maladie obligatoire et du canton devaient correspondre, au maximum, au tarif appliqué par ce dernier (BO 2007 CE 752 suivantes). À ce propos, les préoccupations

- 21/28 - A/2470/2015 exprimées par les cantons concernant une éventuelle complication de la planification hospitalière ont été prises en compte, mais réfutées selon le principe que, en raison de certains aspects non modifiables, seule une planification limitée était possible et qu'il y aurait toujours une contradiction entre planification et concurrence (BO 2007 CE

754, Urs SCHWALLER), et que les répercussions résultant du libre choix seraient extrêmement limitées (BO 2007 CE 755, Conseiller fédéral Pascal COUCHEPIN). Le Conseil national a accepté la proposition du Conseil des États (BO 2007 CN 1770 suivantes), qui fut considérée comme une solution de compromis, permettant de simplifier la planification par les cantons (BO 2007 CN 1771 Jacqueline FEHR, page 1774, rapporteur Stéphane ROSSINI).

Bien que conscient de la relative opposition existante entre les notions de « planification » et de « libre choix de l'hôpital », les parlementaires n'ont pas voulu exploiter cette opposition pour supprimer l'une ou l'autre, tout en étant conscients que le libre choix de l'hôpital compliquerait ultérieurement les modalités de planification. 10) Suite à l'entrée en vigueur de la révision précitée, dans un arrêt du 10 juillet 2012, le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'était pas contraire aux dispositions de la LAMal et de l'OAMal ainsi qu'aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la liberté économique que des cantons incluent dans leur planification une limitation du volume des prestations en octroyant aux établissements concernés des mandats de prestations définissant le nombre maximal de cas pouvant être traités par année (ATF 138 II 398). Une prestation non incluse dans la planification peut ainsi entraîner la perte du droit au remboursement vis-à-vis de l'AOS ou du canton, de sorte que la participation cantonale aux frais hospitaliers peut être réduite ou supprimée en cas de dépassement du nombre maximum de cas fixé par le mandat de prestations (ATF 138 II 398 consid. 3.10.3). Le Tribunal fédéral a encore relevé qu'il existait certes une opposition entre la planification et le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse (art. 41 al. 1bis LAMal), ce dont le législateur fédéral était conscient. On ne pouvait toutefois soutenir que le libre choix de l'hôpital priverait entièrement la limite du volume de prestations de son sens et que celle-ci serait arbitraire. La limite du volume de prestations n'était dès lors pas contraire aux articles 41 al. 1 et 1bis et 41a al. 1 LAMal (ATF 138 II 398 consid. 3.7 et 3.8 ; RDAF 2013 I p. 550-551). Le Tribunal fédéral a mentionné un auteur de doctrine d'après lequel l'application de la limitation du volume de prestations ne devait pas s'appliquer aux patients extracantonaux, sous peine de méconnaître leur liberté de choisir leur hôpital. Le Tribunal fédéral a mis en doute ce point de vue, tout en laissant cette question ouverte, relevant que même si le libre choix de l'hôpital au sens de l'art. 41 al. 1bis LAMal offrait en principe aux patients la possibilité d'être soignés dans des hôpitaux extracantonaux, à l'inverse le droit fédéral ne contraignait pas

- 22/28 - A/2470/2015 les hôpitaux à accepter tous les patients provenant d'autres cantons (ATF 138 II 398 consid. 3.8.1.3). 11) Dans un arrêt postérieur, le Tribunal fédéral a confirmé qu'il résulte tant de la doctrine que de la jurisprudence qu'alors même que la LAMal n'aborde pas expressément ce point, les cantons restent en droit de soumettre les traitements à des limites et contrôles quantitatifs (ATF 140 I 218).

Cette position est d'ailleurs partagée par la doctrine majoritaire (Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 12 ad art. 39 LAMal p. 245 ; Bernhard RÜTSCHKE, Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung, 2011, p. 47 ss, notamment p. 53 n. 109 ; Ueli KIESER, Spitalliste und Spitalfinanzierung, Auswirkungen der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 21. Dezember 2007, in : AJP 2010 p. 61 ss, notamment p. 68, lequel estime que le nombre de lits peut être inclus dans le mandat de fourniture des prestations) et par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (recommandations de la Conférence suisse des directrices et

directeurs cantonaux de la santé sur la planification hospitalière du

## **E. 27**

janvier 2017 précité, les instruments de planification du canton de Genève ne s'appliquent qu'aux patients domiciliés dans ce canton. Dès lors qu'un patient

- 25/28 - A/2470/2015 genevois (au-delà des cas d'urgences) s'est fait hospitaliser dans le canton de Vaud et que l'établissement hospitalier qui l'a accueilli fait partie des établissements reconnus par le canton de résidence de cet établissement comme pouvant bénéficier de la prise en charge de l'AOS, le canton de Genève ne peut refuser la prise en charge de la part cantonale des frais d'hospitalisation, facturée par ledit établissement, indépendamment du fait de savoir si celui-ci a ou non épuisé ses quotas dans son canton de résidence, en l'occurrence le canton de Vaud. C'est ce que le Tribunal fédéral admet et que la chambre de céans doit respecter. 15) Sur ce point, les deux recours seront donc admis sans qu'il y ait besoin de traiter les autres griefs formulés par les recourantes à l'encontre de la position prise par l'intimé sur ce point. 16) Compte tenu de cette issue, il y a lieu d'entrer en matière sur les conclusions constatatoires prises par les recourantes, celles-ci ayant un intérêt digne de protection au constat de leurs droits et ces conclusions n'ayant pas seulement un caractère subsidiaire par rapport aux conclusions condamnatoires prises (art. 49 al. 1 LPA ; ATA/1145/2014 du 27 octobre 2014 consid 9a et jurisprudence citée, a contrario). Toutefois, si les conclusions constatatoires prises au regard de la situation présente seront admises, elles seront légèrement reformulées, et dans ce sens réduites, dans la mesure où il convient de s'assurer que le droit constaté reste lié à l'existence d'un contrat de prestations accordé par le canton de Vaud. En outre, la chambre administrative n'entrera pas en matière sur la demande de constater l'existence de droits en fonction d'une évolution future du mandat de prestations, par essence, incertaine. 17) Dans le cadre de ses dernières conclusions, A\_\_\_\_\_ sollicite le paiement d'une facture de la E\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2013 pour un montant de CHF 2'462.90 plus intérêts à 5 % l'an dès le 26 novembre 2013 ; d'une facture de la D\_\_\_\_\_ du 25 février 2014 pour un montant de CHF 2'607.80 plus intérêts à 5 % l'an dès le 26 février 2014 ; d'une facture de la D\_\_\_\_\_ du 25 février 2014 pour un montant de CHF 5'604.70 plus intérêts à 5 % l'an dès le 26 février 2014.

L'intimé n'a jamais contesté la réalité ou le montant de ces factures de prise en charge qui lui étaient parvenues, ne s'opposant qu'au principe de leur paiement. Le montant de celles-ci étant établi par pièces, et les obligations de prise en charge de l'intimé à ce propos étant admises, ces conclusions condamnatoires seront accordées. L'État de Genève sera condamné à payer ces montants en capital et intérêts (ATF 117 V 349 ; 101 Ib 252). 18) Dans le cadre de ses dernières conclusions, B\_\_\_\_\_ sollicite le paiement d'une facture du 25 novembre 2013 de CHF 10'697.30 plus intérêts à 5 % l'an à

- 26/28 - A/2470/2015 compter du 26 novembre 2013. Pour les mêmes motifs, l'État de Genève sera astreint au paiement de ce montant, en capital et intérêts. 19) Au vu de ce qui précède, les recours seront en très grande partie admis. Vu cette issue, aucun émolument ne sera prélevé (art. 87 al. 1 LPA). Une indemnité de procédure de CHF 1'500.- sera accordée à chacune des recourantes qui y ont conclu, mise à la charge de l'État de Genève (art. 87 al. 2 LPA).

\* \* \* \* \*

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