

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 714 vom 5. November 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__714

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 714 du 5 novembre 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 714 del 5 novembre 2013

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, DÉCOMPTE DES PRESTATIONS, ASSURANCE DE BASE, PRESTATION D'ASSURANCE INDUE, DOUBLE ASSURANCE | 42 LAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 05.11.2013 Arrêt / 2013 / 714

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, DÉCOMPTE DES PRESTATIONS, ASSURANCE DE BASE, PRESTATION D'ASSURANCE INDUE, DOUBLE ASSURANCE | 42 LAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 44/12 - 35/2013 ZE12.046520 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 5 novembre 2013 _____ Présidence de _____ Mme Pasche, juge unique Greffière : _____ Mme Berberat ***** Cause pendante entre : Caisse B. _____, à [...], recourante, et Caisse X. _____, à [...], intimée, Q. _____, à [...], tiers intéressée. _____ Art. 42 LAMal E n f a i t : A. Q. _____ (anciennement [...]) (ci-après: l'assurée) a été assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la Caisse X. _____ (ci-après: la Caisse X. _____) dès le 1^{er} décembre 1984. Le 13 décembre 2001, la Caisse E. _____ (à laquelle s'est substituée la Caisse B. _____ en qualité de successeur par reprise d'actifs et de passifs) (ci-après: la Caisse E. _____ ou la Caisse B. _____) a attesté que la prénommée était affiliée auprès d'elle dès le 1^{er} janvier 2002. Cette attestation a été communiquée à la Caisse X. _____. Requête par l'assurée de lui expliquer les raisons pour lesquelles elle recevait toujours des factures, la Caisse X. _____ lui a répondu, le 5 septembre 2002, ne pas avoir trouvé dans son dossier de lettre de résiliation de son contrat et l'invitait à lui en transmettre une copie, ainsi que le récépissé postal y relatif. Par courrier du 29 novembre 2004, l'assurée a résilié son contrat d'assurance auprès de la Caisse E. _____ avec effet au 31 décembre 2004. Celle-ci a accepté sa démission pour cette date, après avoir reçu de la Caisse S. _____ une attestation d'assurance pour la période courant à partir du 1^{er} janvier 2005. Au cours d'un échange de correspondance avec l'assurée, la Caisse X. _____ lui a indiqué, par lettre du 9 mars 2005, que comme la démission d'assurance ne lui avait jamais été notifiée – l'attestation d'assurance de la Caisse E. _____ ne valant pas notification de démission –, l'affiliation auprès d'elle s'était poursuivie. Elle enregistrait cependant la résiliation avec effet au 31 décembre 2005 et validerait la démission à réception d'une attestation de son nouvel assureur-maladie faisant état de son affiliation au 1^{er} janvier 2006. Après avoir transmis à la Caisse X. _____ une copie de l'attestation d'assurance de la Caisse S. _____, la Caisse E. _____ lui a remis, le 10 août 2005, un décompte des prestations concernant l'assurée, pour un montant total de 29'157 fr. 95, dont elle lui demandait le

remboursement. Par la suite, la Caisse E. _____ a réduit le montant de sa prétention à 25'945 fr. 70 et indiqué à la Caisse X. _____ qu'elle comptait lui verser un montant de 9'800 fr. 40 correspondant aux subventions reçues pour l'assurée de l'Etat du [...] pour les années 2002 à 2004 (courrier du 18 octobre 2006). Le 8 novembre 2006, la Caisse X. _____ a répondu à la Caisse E. _____ que l'Etat du [...] lui avait également versé des subventions au titre des primes LAMal de l'assurée pour les années 2002 à 2005, de sorte que la somme de 9'800 fr. 40 devait à son avis être restituée directement au canton du [...]. Elle indiquait par ailleurs que la prise en charge des prestations que la Caisse E. _____ avait versées durant la période d'affiliation de l'assurée n'interviendrait que lorsque l'intégralité de la créance qui lui était due serait acquittée. Interpellée à nouveau par la Caisse E. _____, la Caisse X. _____ l'a informée, le 20 novembre 2007, qu'elle ne lui verserait pas la somme réclamée, parce que le droit aux prestations de l'assurée avait été suspendu au cours de la période du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2004, faute pour celle-ci de s'être acquittée des montants dus à la caisse-maladie.

B. La Caisse E. _____ a saisi le Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud (aujourd'hui, Cour des assurances sociales) d'une demande en paiement à l'encontre de la Caisse X. _____, en concluant à ce que celle-ci soit condamnée à lui verser la somme de 25'945 fr. 70. En cours de procédure, à savoir le 15 septembre 2008, elle a indiqué réclamer en outre des intérêts à 5% l'an à partir du 1^{er} juillet 2003. Après avoir rejeté l'exception de prescription soulevée par la Caisse X. _____ (jugement préjudiciel du 21 novembre 2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par jugement du 2 mars 2012 (AM 41/08 – 18/2012), condamné la Caisse X. _____ à payer à la Caisse E. _____ la somme de 25'945 fr. 70 avec intérêts à 5% à compter du 15 septembre 2008.

C. La Caisse X. _____ a recouru contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral, en concluant à sa réforme en ce sens que la demande en paiement de la Caisse E. _____ est rejetée, subsidiairement au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour nouveau jugement. Par arrêt du 26 octobre 2012 (9C_371/2012, résumé à l'ATF 138 V 426), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours de la Caisse X. _____ et renvoyé la cause à l'autorité de céans pour complément d'instruction. Il a jugé que comme la disposition spéciale de la LPGA prévoyant l'obligation de restituer l'indu ne s'appliquait pas aux rapports litigieux entre deux caisses-maladie, et que dans la mesure où il n'existait pas d'autre règle particulière à ce sujet, on ne voyait pas ce qui s'opposait à l'application des règles générales sur l'enrichissement illégitime au sens des art. 62 à 67 CO aux relations entre l'assureur-maladie ayant presté à tort et celui qui était effectivement débiteur des prestations d'assurance, observant pour le surplus que "lorsqu'il s'agit de remettre en état la situation sous l'angle de l'affiliation de l'assuré en raison du déroulement incorrect du changement d'assureur, ce qui implique la résiliation rétroactive de la couverture d'assurance ayant conduit à une double assurance, la caisse-maladie créancière peut se voir confrontée à des difficultés d'ordre pratique liées à l'impossibilité de récupérer sa créance auprès de l'assuré, voire selon le système de prise en charge des prestations auprès des fournisseurs de celles-ci. Aussi, pour faciliter la remise en état de la situation ("Rückabwicklung"), une restitution des prestations versées à tort directement entre les assureurs-maladie concernés se justifie, en application des règles sur l'enrichissement illégitime prévues par le CO". La Haute Cour a encore relevé que la Caisse X. _____ ne contestait pas en tant que telle la réalisation des conditions de l'art. 63 al. 1 CO, mais estimait que les pièces produites par la Caisse E. _____ à l'appui du remboursement de la somme de 25'945 fr. 70 n'étaient pas suffisantes pour qu'elle "puisse assumer les tâches qui lui sont dévolues en vertu de la LAMal". Selon elle, le

décompte et les relevés informatiques de la Caisse E. _____ ne permettaient pas de vérifier que les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire de soins étaient efficaces, appropriées et économiques (au sens de l'art. 32 LAMal), soutenant que l'accès aux factures détaillées des fournisseurs serait indispensable à la bonne exécution des tâches de l'assureur social. A cet égard, le Tribunal fédéral a considéré que les documents produits par la Caisse E. _____ en instance cantonale (à savoir le décompte établi par cette dernière [indiquant pour chaque prestation la date de traitement, la date de paiement, le prestataire de soins, le montant, la franchise, la participation et le montant payé], ainsi que les relevés informatiques établis par la Caisse E. _____ relatifs à la "saisie des prestations") ne permettaient pas de vérifier si l'étendue de la créance en répétition alléguée correspondait effectivement à des prestations versées en faveur de son assurée à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les indications du décompte de prestations ne comportaient ainsi pas les données nécessaires pour vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (cf. art. 42 al. 3 LAMal). En particulier, les relevés informatiques comprenaient des prestations sous le titre "Pharmacies - Méd. LS, méd. non oblig., analyses". De telles indications, qui mentionnaient apparemment des médicaments "non obligatoires" faisaient douter que l'ensemble des prestations alléguées par la Caisse E. _____ relevait exclusivement de l'assurance obligatoire des soins. Dans ces conditions, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à l'autorité de céans pour qu'elle complète l'instruction afin de lever les doutes quant à l'étendue de la créance en restitution.

D. Reprenant l'instruction du cas, le juge instructeur a invité la Caisse B. _____ par avis du 16 novembre 2012 à produire toutes pièces propres à établir l'étendue de la créance en répétition de 25'945 fr. 70, à savoir notamment tous documents de nature à permettre de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (cf. art. 42 LAMal), en particulier les pièces confirmant que l'ensemble des prestations alléguées relevait exclusivement de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Donnant suite à cette requête le 28 novembre 2012, la Caisse B. _____ a produit un lot de 80 pièces, savoir toutes les pièces relatives à la période du 30 janvier 2002 au 8 mars 2004, pour un montant total payé de 25'945 fr. 70. Se déterminant sur les pièces produites le 6 février 2013, la Caisse X. _____ a partiellement contesté les factures n° 20 (par 71 fr. 15), n° 27 (par 160 fr. 50), n° 28 (par 160 fr. 50), n° 37 (par 119 fr. 40), n° 43 (par 238 fr. 80), n° 49 (par 17 fr. 25), n° 50 (par 119 fr. 40), n° 52 (par 303 fr.), n° 53 (par 32 fr. 10), n° 56 (par 119 fr. 40), n° 66 (par 119 fr. 60), n° 69 (par 261 fr.) et n° 72 (par 119 fr. 40), en faisant valoir que les médicaments Nasobol, Sansudor et Dépo-Provera ne sont pas pris en charge par l'AOS, que le Lubex est un médicament limité à une certaine quantité, que le Xenical est un médicament limité dans la liste des spécialités, et a contesté la facture n° 76 (totalisant 207 fr. 65) au motif que la pose d'un stérilet n'est pas à charge de l'AOS. La Caisse X. _____ s'en est remise à justice pour le surplus. Par déterminations du 4 mars 2013, la Caisse B. _____ a relevé que sur les 80 factures dont elle demande restitution, la Caisse X. _____ en conteste 14 et s'en remet à justice pour le solde. S'agissant des factures litigieuses, la Caisse B. _____ a déclaré renoncer à la restitution de la somme de 71 fr. 15 (facture n° 20), de 160 fr. 50 (facture n° 27), de 160 fr. 50 (facture n° 28), de 17 fr. 25 (facture n° 49), de 64 fr. 20 (facture n° 52), de 32 fr. 10 (facture n° 53), de 21 fr. 80 (facture n° 69) et de 207 fr. 65 (facture n° 76). S'agissant des factures n° 37, 43, 50, 52 (sous réserve des 64 fr. 20), 56, 66, 69 (sous réserve des 21 fr. 80) et 72, elle a requis la Cour d'instruire le dossier auprès du médecin-traitant de l'assurée afin d'obtenir des renseignements médicaux dans le but de déterminer les conditions de la prise en charge du médicament

Xenical. Elle a produit avec son écriture un détail de Swissmédic en relation avec ce médicament, prévoyant sa prise en charge pour les patients avec BMI d'au moins 28, respectivement d'au moins 35. Le 5 mars 2013, le juge instructeur a invité Q. _____ à délier la Dresse G. _____ du secret médical afin que cette dernière communique à la Cour les renseignements médicaux relatifs à la prise en charge du médicament Xenical prescrit entre 2003 et 2004. La Dresse G. _____ a ensuite été invitée à renseigner la Cour à cet égard. Cette médecin a averti le greffe qu'elle avait arrêté sa pratique en 2007 et restitué les dossiers à ses patients. Les parties ont été invitées à se déterminer sur les suites de la procédure. Le 8 avril 2013, la Caisse B. _____ a relevé que restait en suspens la prise en charge du médicament Xenical prescrit à l'assurée entre 2003 et 2004, à hauteur de 1'314 francs. Dans ce cadre, la Caisse B. _____ a requis que l'assurée produise son dossier médical, respectivement indique le nom et les coordonnées du médecin le détenant. Observant le même jour que c'était le Dr A. _____ qui avait prescrit le Xenical, la Caisse X. _____ a invité la Cour à demander à celui-ci de produire le dossier de sa patiente. Q. _____ a délié du secret médical le Dr A. _____, qui a été invité par avis du 16 avril 2013 à décrire les raisons pour lesquelles le médicament Xenical avait été prescrit à sa patiente durant les années 2003-2004. Le 20 mai 2013, le Dr A. _____ a expliqué que l'obésité de l'assurée pour la période 2003-2004 était grave, avec un BMI de 47, savoir un poids de 103.5 kg pour 149 cm le 1^{er} septembre 2003. Le traitement au Xenical avait permis après 6 mois (le 1^{er} mars 2004) de faire redescendre le poids à 89 kg, savoir un BMI de 40. Dans le dossier joint par le Dr A. _____ figurait notamment un courrier de la Caisse E. _____ du 11 août 2003 selon lequel son médecin conseil avait accepté la prise en charge du traitement aux conditions de la circulaire du 11 avril 2000 annexée (BMI de 35 au moins, 10% de réduction de poids doit être atteinte après 6 mois de traitement, avec prolongation au maximum de deux ans de la thérapie, garantie de prise en charge donnée par le médecin conseil). Etait encore joint un courrier du Dr A. _____ du 1^{er} mars 2004 au médecin conseil de la Caisse E. _____ indiquant que la baisse de poids du 1^{er} septembre 2003 au 1^{er} mars 2004 remplissait les conditions pour la poursuite de la prise en charge et demandant confirmation du remboursement du Xenical pour les deux prochaines années, ainsi que la réponse de la Caisse E. _____ du 17 mars 2004 approuvant la poursuite du remboursement du Xenical. Se déterminant sur ce courrier, la Caisse X. _____ a admis le 4 juin 2013 devoir s'acquitter du montant des factures produites par la Caisse B. _____, soit 1'314 fr., pour le médicament Xenical pour la période du 1^{er} septembre 2003 au 23 décembre 2004. Dans ses déterminations du 5 juin 2013, la Caisse B. _____ a constaté que la Caisse X. _____ devait lui rembourser le montant du médicament Xenical pris en charge entre septembre 2003 et décembre 2004. Elle a modifié ses conclusions en ce sens que la Caisse X. _____ est condamnée à lui verser la somme de 25'210 fr. 55 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} juillet 2003. E n d r o i t : 1. C'est en fonction de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, du 26 octobre 2012, que l'objet du litige doit être déterminé. A cet égard, seule demeure litigieuse l'étendue de la créance en répétition, le principe de la répétition ayant été posé par le Tribunal fédéral, qui n'a renvoyé la cause à la Cour de céans que dans le but de déterminer si l'ensemble des prestations alléguées par la Caisse B. _____ relevait exclusivement de l'AOS après instruction complémentaire. 2. En l'occurrence, priée de produire les pièces de nature à établir les prestations versées au titre de l'AOS de 2002 à 2004, la Caisse B. _____ a donné suite à cette requête en transmettant 80 pièces, ayant trait à l'ensemble des prestations servies durant la période en cause. Lesdites pièces étaient ainsi son décompte, indiquant pour

chaque prestation la date de traitement, la date de paiement, le prestataire de soins, le montant, la franchise, la participation et le montant payé. Les pièces produites sont propres à établir les montants versés par la Caisse B. _____ en faveur de l'assurée. En outre, elles permettent de vérifier que la créance en répétition alléguée par la Caisse B. _____, ramenée à 25'210 fr. 55 par écriture du 5 juin 2013, correspond effectivement à des prestations versées en faveur de son assurée à la charge de l'AOS. Il faut ainsi constater que lesdites pièces comportent les données nécessaires pour vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique des prestations. On relèvera encore que la Caisse B. _____ a renoncé à sa créance à hauteur de 735 fr. 15, en relation avec les factures n° 20 (par 71 fr. 15), n° 27 (par 160 fr. 50), n° 28 (par 160 fr. 50), n° 49 (par 17 fr. 25), n° 52 par 64 fr. 20) n° 53 (par 32 fr. 10), n° 69 (par 21 fr. 80) et n° 76 (par 207 fr. 65), ce dont il est pris acte. Quant à la prise en charge du médicament Xenical, si elle a été remise en cause dans un premier temps, la Caisse X. _____ a finalement admis le 4 juin 2013, à juste titre, devoir s'en acquitter. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que la Caisse B. _____ a établi à satisfaction de droit les montants versés en faveur de l'assurée et relevant de l'AOS, le montant réclamé, qui ne comporte que des prestations à charge de l'AOS, par 25'210 fr. 55, devant dès lors être confirmé. 3. La Caisse B. _____ conclut, en sus du capital, à ce que la Caisse X. _____ soit condamnée à lui verser des intérêts à 5% l'an dès le 1 er juillet 2003, correspondant à l'échéance moyenne de ses prétentions. Dans la mesure où la Caisse E. _____ n'a précisé ses conclusions dans le sens qu'elles sont assorties d'un intérêt de 5% qu'à l'appui de sa réplique du 15 septembre 2008, les intérêts moratoires ne sont dus, au taux de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO), qu'à partir du 15 septembre 2008, soit la date à laquelle la réplique a été notifiée à la Caisse X. _____ (art. 102 al. 1 CO). 4. Il résulte de ce qui précède que les prétentions de la Caisse B. _____ doivent être partiellement admises, en ce sens que la Caisse X. _____ doit lui verser la somme de 25'210 fr. 55, avec intérêts au taux de 5% l'an dès le 15 septembre 2008 (cf. consid. 3 supra). Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice ni d'allouer de dépens. Par ces motifs, la juge unique prononce : I. La Caisse X. _____ doit verser à la Caisse B. _____ la somme de 25'210 fr. 55 (vingt-cinq mille deux cent dix francs et cinquante-cinq centimes) avec intérêts à 5% à compter du 15 septembre 2008. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Caisse B. _____ (recourante), à [...], ■ Caisse X. _____ (intimée), à [...], - Q. _____ (tiers intéressée), à [...], - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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