

## VD\_GERICHTE ZE20.022338 vom 7. Dezember 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE20.022338](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE20.022338)

FR: VD\_GERICHTE ZE20.022338 du 7 décembre 2020

IT: VD\_GERICHTE ZE20.022338 del 7 dicembre 2020

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 21/20 - 36/2020 ZE20.022338 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 7 décembre 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DURUSSEL, juge  
unique Greffier : M. Schild \*\*\*\*\* Cause pendante entre : G. \_\_\_\_\_, à Renens, recourant,  
représenté par le Centre social protestant Vaud, et I. \_\_\_\_\_, à Le Mont-sur-Lausanne,  
intimée. \_\_\_\_\_ Art. 24 al. 1 LPGA, art. 41 al. 1 et 4, art. 62 al. 2 et 3 LAMal  
403

- 2 - E n f a i t : A. Selon attestation d'assurance du 17 juillet 2020, G. \_\_\_\_\_ (ci- après :  
l'assuré ou le recourant), né le 25 décembre 1946, est affilié depuis le 1er janvier 2015 à  
I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins au  
sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10),  
modèle « médecin de famille ». Sur invitation de son médecin de famille le Dr R. \_\_\_\_\_,  
l'assuré a été traité par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie, les 2 et 23 juillet  
2019. Il a ensuite transmis le justificatif de remboursement de la note d'honoraires de ce  
médecin daté du 26 juillet 2019 et d'un montant de 932 fr. 90 à son assureur. A sa  
réception, ce dernier a constaté l'absence du bon de délégation du médecin de famille et a  
imparti, par courrier du 21 août 2019, un délai de 30 jours à l'assuré afin qu'il produise le  
bon de délégation, faute de quoi il ne pourrait pas prendre en charge ces frais. Sans réponse  
de l'assuré, I. \_\_\_\_\_ a refusé le remboursement de la facture dans son décompte de  
prestations du 18 octobre 2019. Le 8 novembre 2019, l'assuré a fait parvenir à l'assureur le  
bon de délégation daté du 31 octobre 2019. Par décision du 27 février 2020, I. \_\_\_\_\_ a  
refusé le remboursement de cette facture pour le motif que le bon de délégation n'avait pas  
été remis simultanément avec la facture, ni dans le délai qui avait été imparti le 21 août  
2019 à l'assuré, de sorte que son dépôt en novembre 2019 était tardif. L'assuré, représenté  
par le Centre social protestant, s'est opposé à cette décision le 27 mars 2020 en se prévalant  
de ce que le bon de délégation avait été remis dans le délai de l'art. 24 al. 1er LPGA et en  
invoquant le formalisme excessif dont l'assureur avait fait preuve en jugeant tardive la  
production du bon de délégation.

- 3 - Par décision sur opposition du 12 mai 2020, I. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et  
maintenu sa décision du 27 février 2020 en se fondant sur les art. 22.2 et 22.4 de ses  
conditions spéciales d'assurance (ci-après : CSA). B. Par acte du 11 juin 2020, G. \_\_\_\_\_,  
toujours représenté par le Centre social protestant, a recouru contre cette décision sur  
opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu, sous  
suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que l'intimée soit condamnée au  
remboursement de la facture litigieuse. Il a notamment produit une déclaration signée le 9  
juin 2020 par le Dr R. \_\_\_\_\_ attestant que le recourant l'avait consulté le 7 juin 2019,  
qu'il avait constaté une lésion sur la peau et qu'il avait ensuite adressé l'assuré auprès du Dr

B.\_\_\_\_\_. Le 28 juillet 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, les conditions stipulées dans les CSA n'ayant pas été observées par l'assuré qui n'avait pas remis le bon de délégation en même temps que la facture comme l'exigeait l'art. 22.2 CSA, ni dans le délai supplémentaire imparti à bien plaisir pour ce faire, ce qui justifiait un refus de remboursement. Elle a soutenu que l'égalité de traitement entre assurés nécessitait une application stricte des CSA. Par réplique du 27 août 2020, le recourant a maintenu ses conclusions, ajoutant que la décision de l'assureur relevait de l'arbitraire. Par duplique du 6 octobre 2020, l'intimée a confirmé sa position, contestant les griefs de formalisme excessif et d'arbitraire, puis relevant que le bon de délégation lui était parvenu après le refus de rembourser communiqué dans le décompte de prestations. **E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation**

- 4 - expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant au remboursement d'une facture d'un traitement opéré par un médecin spécialiste sur délégation du médecin généraliste traitant, en particulier compte tenu de la remise du bon de délégation à l'assureur plusieurs semaines après la facture. 3. Le recourant a adhéré au modèle « médecin de famille » pour l'assurance-maladie obligatoire. 3.1. Conformément à l'art. 41 al. 1 LAMal, en cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En vertu de l'art. 41 al. 4 LAMal, "l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties".

- 5 - Selon l'art. 62 al. 1 LAMal, l'assureur peut réduire les primes d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d'après l'art. 41 al. 4. Avec l'art. 62 al. 3 LAMal, le législateur a donné au Conseil fédéral la compétence de régler en détail les formes particulières d'assurance, ce que celui-ci a fait notamment en ce qui concerne les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations en édictant les art. 99 à 101 OAMal (RS 832.102), relatifs à l'adhésion et la sortie, ainsi que les primes. Dans le cadre de l'art. 41 al. 4 LAMal, des formes particulières d'assurance sont admises, comme par exemple le modèle du médecin de famille. Avec ce modèle, les assurés s'engagent à choisir leur médecin de famille parmi un nombre de praticiens généralistes désignés par l'assureur. Les médecins choisis constituent toujours pour les assurés le premier interlocuteur pour les prestations médicales. Ils dispensent les soins médicaux de base à leurs patients et les orientent, sur indication médicale, vers des spécialistes ou des hôpitaux. Hormis en cas d'urgence, les patients doivent nécessairement d'abord se rendre chez leur médecin de

famille (arrêt K 58/02 du 6 février 2003 consid. 2.1 et les références, in RAMA 2003 KV n° 241 p. 74). Le sens et le but de la limitation du libre choix du fournisseur de prestations prévue par l'art. 41 al. 4 LAMal consistent à ce que les assureurs puissent, en tant que mesure visant à réduire les coûts, accorder une réduction de primes aux assurés qui sont prêts à restreindre leur choix du fournisseur de prestations (art. 62 al. 1 LAMal). Les assureurs peuvent ainsi passer des conventions avec des fournisseurs de prestations sélectionnés et particulièrement avantageux afin de pouvoir offrir à leurs assurés - qui doivent déclarer se limiter à ces fournisseurs-là - une prime réduite (arrêt 9C\_201/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.3.2 ; K 58/02 cité consid. 2.2; Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 77, 111 ch. 222). 3.2. La mise en œuvre des formes particulières d'assurance, dont celle qui limite le libre choix de l'assuré s'agissant des fournisseurs de

- 6 - prestations, constitue une tâche soumise aux règles de la LAMal et du droit public. Le fait que les assureurs-maladies sont libres de proposer ou non les formes particulières d'assurance ne soustrait pas leur activité dans ce cadre au droit public. Les conditions auxquelles ils peuvent convenir avec les assurés d'une forme particulière d'assurance sont prévues en particulier par les art. 41 al. 4 et 62 LAMal, ainsi que les art. 93 ss OAMal, et l'activité y relative, régie par le droit public, relève de l'exercice d'une tâche publique (9C\_201/2015 consid. 5.3). 3.3. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En ce qui concerne la créance d'un assuré, contre son assurance-maladie, en remboursement des factures de ses médecins dans le système du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal), le point de départ du délai de cinq ans prévu par cette disposition correspond à la date de réception de la facture du fournisseur de prestations par la personne assurée (ATF 139 V 244 consid. 3.3.3). 3.4. En l'espèce, l'intimée propose à ses assurés une assurance obligatoire des soins avec modèle "médecin de famille", dont le fonctionnement, l'adhésion et la sortie des assurés ressortissent aux art. 41 al. 4, ainsi que 62 al. 1 et 3 LAMal, et aux art. 99 à 101 OAMal (art. 22.5 CSA, dans leur teneur en vigueur à partir du 1er octobre 2018). Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence. Selon l'art. 22.1 CSA, "en souscrivant au modèle 'médecin de famille', l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après sous chiffres 22.2 à 22.5". Aux termes de l'art. 22.2 CSA, "sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont il aura communiqué les coordonnées à I.\_\_\_\_\_. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions

- 7 - médicales. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. Dans ce cas, il remet à l'assuré un avis de délégation dûment complété et signé, qui devra être joint à la facture du spécialiste". L'art. 22.4 CSA stipule qu'en cas de non-respect des engagements pris aux chiffres 22.2 à 22.3 l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'I.\_\_\_\_\_. 3.5. L'intimée prétend que le remboursement doit être refusé lorsque l'assuré ne remet pas spontanément le bon de délégation en annexe à la facture. Elle constate que le recourant n'a pas respecté son obligation découlant de l'art. 22.2 CSA en n'ayant pas remis le bon de délégation immédiatement avec la facture mais seulement plusieurs semaines plus tard, ce qui serait tardif. Le recourant conteste

l'existence d'un délai péremptoire de remise du bon de délégation, hormis le délai de l'art. 24 al. 1 LPGA, respecté en l'occurrence. Il qualifie la décision entreprise d'arbitraire, notamment compte tenu de l'absence de base légale permettant de considérer que l'assuré est déchu de ses droits au remboursement s'il ne remet pas le bon de délégation en même temps que la facture à l'assureur et il se plaint du formalisme excessif pratiqué par l'assureur. 3.6. On relève d'emblée qu'il n'est pas contesté que l'assuré a consulté un médecin spécialiste sur délégation de son médecin de famille, que la facture du médecin spécialiste a été reçue par l'assureur le 30 juillet 2019 et que le bon de délégation lui est parvenu le 31 octobre 2019. Hormis la question du délai de production du bon de délégation, l'intimée ne soutient pas que la procédure n'a pas valablement été suivie par l'assuré. La prise en charge de la facture litigieuse a en effet été refusée pour le seul motif que le bon de délégation n'a pas été adressé à l'assureur en même temps que la facture. Si l'art. 22.2 CSA pose comme condition au remboursement d'une telle facture la remise du bon de délégation, on peine à voir dans la formulation de cet article une exigence de le remettre strictement en

- 8 - même temps que la facture sous peine de déchéance du droit au remboursement. Les termes « devra être joint à la facture du spécialiste » pose uniquement le principe que, sans bon de délégation, la facture du spécialiste ne pourra pas être remboursée. Il n'y a nulle mention selon laquelle ledit bon doit absolument être remis à l'assureur en même temps que la facture sous peine de déchéance définitive du droit au remboursement. Une telle interprétation est totalement infondée et ne se justifie nullement. On ne voit en effet pas quel impératif nécessiterait une telle rigueur d'application de cette condition qui n'est d'ailleurs que le résultat d'une lecture quelque peu restrictive qui va au-delà de l'interprétation littérale des CSA. Le but de cet article est de régler la procédure liée à la limitation du choix du fournisseur de soins, en particulier lorsqu'un spécialiste doit être consulté. Or cette procédure a été respectée par le recourant qui a consulté son médecin de famille, puis sur sa délégation, le spécialiste recommandé. Les CSA précisent que le remboursement de la facture du spécialiste ne pourra avoir lieu que si le bon de délégation est présenté en plus de la facture sans fixer d'autres exigences temporelles qui n'auraient d'ailleurs pas de justification. Dans la mesure où le bon de délégation a été joint à la facture alors que le droit au remboursement de celle-ci n'est pas prescrit (art. 24 al. 1 LPGA), l'intimée n'a aucun motif de refuser son remboursement. On ajoute que l'intimée ne saurait se prévaloir du fait qu'elle ne détenait pas encore le bon de délégation lorsqu'elle a émis le décompte de prestations. Au moment où elle a rendu la décision ainsi que la décision sur opposition, le bon de délégation avait été joint à la facture et figurait au dossier. Les conditions posées dans les CSA pour obtenir le remboursement de la facture étaient donc bien remplies. Le refus de l'intimée est ainsi contraire au droit, notamment sous l'angle de l'interdiction de l'arbitraire, principe auquel est tenu l'assureur-maladie dans l'exercice de ses tâches étatiques (ATF 141 V 557).

- 9 - L'intimée invoque encore le principe de l'égalité de traitement. Or, ce principe est respecté dans la mesure où la même application de cette disposition doit être offerte à tous les assurés, ce qui devra sans conteste être le cas dans le sens des considérants qui précèdent. Le recours est donc bien fondé. La réalisation des autres conditions au remboursement n'étant pas contestée, la décision de l'intimée devra être réformée dans le sens de l'admission du droit au remboursement. 4. En conclusion, il convient d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge

le traitement effectué par le Dr B. \_\_\_\_\_ du 2 au 23 juillet 2019. 4.1. Il n'y pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). 4.2. La partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 800 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 12 mai 2020 par I. \_\_\_\_\_ est réformée, en ce sens que le traitement effectué par le Dr B. \_\_\_\_\_ du 2 au 23 juillet 2019 est pris en charge par I. \_\_\_\_\_. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- 10 - IV. I. \_\_\_\_\_ versera à G. \_\_\_\_\_ une indemnité de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Centre social protestant Vaud, pour le recourant, - I. \_\_\_\_\_, - Office fédéral de la santé publique, 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). Le greffier :

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