

# VD\_GERICHTE ZK13.013885 vom 10. November 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZK13.013885](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZK13.013885)

FR: VD\_GERICHTE ZK13.013885 du 10 novembre 2014

IT: VD\_GERICHTE ZK13.013885 del 10 novembre 2014

## Erwägungen

### E. 1

LAMal). Le Tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). La notion de litige susceptible d'être soumis au tribunal arbitral doit être entendue au sens large. Il est nécessaire, cependant, que soient en cause des rapports juridiques qui résultent de la LAMal ou qui ont été établis en vertu de cette loi. Il doit par ailleurs s'agir d'un litige entre un assureur-maladie et la personne appelée à fournir des prestations, ce qui se détermine en fonction des parties qui s'opposent en réalité. En d'autres termes, le litige doit concerner la position particulière de l'assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal (ATF 132 V 303 consid. 4.1 et les arrêts cités; 131 V 191 consid. 2). La compétence du tribunal arbitral doit être déterminée au regard des prétentions que fait valoir la partie demanderesse et de leur fondement (arrêt K 5/03 du 15 avril 2004 consid. 2.2, in RAMA 2004 n° KV 285 p. 238). Dans le canton de Vaud, la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances est régie par les art. 113 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 176.36), relatifs à la procédure devant ce Tribunal, et par les art. 106 ss LPA-VD relatifs à l'action de droit administratif (par renvoi de l'art. 116 LPA-VD). Ces dispositions renvoient elles-mêmes, pour partie, aux règles de la procédure administrative ou de la procédure de recours de droit

- 14 - administratif prévues par la LPA-VD (art. 109 al. 1 LPA-VD) et, pour partie, aux règles de la procédure civile (art. 109 al. 2 LPA-VD). Cela étant, les normes auxquelles renvoie l'art. 116 LPA-VD ne sont applicables que par analogie et la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances doit rester simple et rapide; le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires, qu'il apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Sous réserve de ces exigences de droit fédéral, le Tribunal arbitral des assurances impose une procédure plus ou moins formaliste, proche de la procédure civile ordinaire ou plus proche des procédures simplifiées ou sommaires prévues par le CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272), selon la valeur litigieuse, la nature du litige qui lui est soumis et les parties en présence. Il fait rectifier les actes de procédure qui ne lui paraissent pas respecter les formes nécessaires (art. 27 al. 5 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., il applique en principe les règles de la procédure simplifiée prévue par les art. 244 ss CPC, par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD. b) En l'espèce, la demande présentée par l'Etat de Vaud porte sur son droit d'exiger de Sanagate SA le paiement de différentes factures, pour un montant total en capital supérieur à 30'000 fr. Cette demande a été présentée dans les formes prévues par l'art. 221 CPC, devant le Tribunal arbitral des assurances au lieu où le fournisseur de prestations est installé à titre principal. Elle est donc recevable à la forme et a été introduite devant l'autorité

compétente *ratione loci*. c) La défenderesse conteste la recevabilité de la demande au motif que la Commission paritaire cantonale, prévue par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, n'a pas été saisie préalablement. Il ne ressort toutefois pas du texte de cette convention, interprété conformément au principe de la confiance, qu'elle imposerait la saisine de la Commission paritaire cantonale avant toute demande au Tribunal arbitral des assurances. En effet, l'art. 9 al. 4 attribue à la Commission paritaire cantonale les tâches suivantes :

- 15 - - conduite de négociations lors de la résiliation de la convention, - interprétation de la convention, - arbitrage de litiges entre hôpitaux et assureurs, - autres tâches confiées en commun par les parties à la convention. On peut en déduire que la Commission paritaire cantonale constitue un instrument à disposition des parties en vue de régler leur litige sans saisir le Tribunal arbitral des assurances. On ne saurait en conclure, en revanche, que la saisine de cette commission serait obligatoire, serait-ce en vue d'une conciliation préalable à toute demande devant le Tribunal arbitral des assurances. Pour ce motif déjà, l'objection soulevée par la défenderesse à la recevabilité de la demande est infondée. Indépendamment de ce qui précède, la défenderesse s'est vue impartir un délai pour saisir la Commission paritaire cantonale et demander la suspension de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances. Le 17 octobre 2013, elle y a expressément renoncé pour des motifs d'économie procédurale. Il est donc contraire aux règles de la bonne foi en procédure (art. 52 CPC, par renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD) de persister à invoquer l'absence de saisine de cette commission pour conclure à l'irrecevabilité de la demande.

## **E. 2**

Le demandeur fonde ses prétentions sur l'art. 42 al. 2 LAMal, sur l'art. 9 de la Convention-cadre TARMED et sur l'art. 7 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED. Il soutient que ces dispositions prévoient l'application du principe du tiers payant, qui fait de l'assureur-maladie le débiteur des frais pour les prestations médicales hospitalières ambulatoires. Pour le demandeur, les dispositions des conditions générales relatives aux modèles d'assurance alternatifs « médecin de famille » ou « SanaCall » sont des conventions privées entre la défenderesse et les personnes assurées, qui ne lient pas le prestataire de soins. Il appartient par conséquent à l'assureur-maladie de se retourner contre l'assuré s'il a dû assumer des factures hospitalières pour des

- 16 - traitements suivis sans consultation préalable du médecin de famille ou du centre de télé-médecine. Pour la défenderesse, au contraire, les règlements « médecins de famille » ou « Sanacall » sont des règlements administratifs de droit public, qui s'imposent aux prestataires de soins, dès lors qu'ils ont été approuvés par l'Office fédéral de la santé publique. Ils priment donc sur d'éventuelles conventions contraires entre fournisseurs de prestations et assureurs. Les art. 7 du règlement « médecin de famille » et 8 du règlement « SanaCall » prévoient le droit pour l'assureur de refuser de prester lorsque l'assuré suit un traitement sans consulter préalablement son médecin de famille ou le centre de télé-médecine. Sanagate SA en conclut que les prestations en question ne peuvent être considérées comme des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. La défenderesse se réfère également à l'art. 41 al. 4 LAMal, dont elle déduit que les coûts de prestations qui n'ont pas été ordonnées ou prodiguées par le médecin de famille ou le centre de télé-médecine ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, partant, ne peuvent être facturés à l'assurance par les fournisseurs de prestations.

### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 42 al. 1 LAMal, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22, al. 1, LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. L'art. 42 al. 2 LAMal autorise les assureurs et fournisseurs de prestations à déroger au système du tiers garant et à convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). L'assureur s'acquitte alors de sa prestation envers l'assuré en devenant le débiteur direct de la facture du prestataire de soins, en lieu et place de l'assuré. Le prestataire de soins ne dispose donc pas d'une créance contre l'assuré, mais contre l'assureur-maladie de ce dernier (cf. ATF 132 V 18

- 17 - consid. 5.2). En dérogation à l'art. 42 al. 1 LAMal, le système du tiers payant est applicable indépendamment d'une convention entre fournisseurs de prestations et assureurs en cas de traitement hospitalier (art. 42 al. 2, 2ème phrase LAMal). b) La Convention cadre TARMED prévoit à son art. 9 al. 5 que dans le système du tiers payant, l'hôpital fournit à l'assureur la facture pour toutes les prestations médicales et techniques ainsi que pour le matériel de consommation imputable, et en adresse copie à l'assuré. L'assureur paie à l'hôpital la partie incontestée de la facture dans les 30 jours, en cas de facturation par voie électronique (art. 9 al. 9). La facturation à l'hôpital de sommes dues par l'assuré à l'assureur est exclue dans le système du tiers payant (art. 9 al. 10). Les hôpitaux qui ont adhéré à la convention s'engagent à participer aux mesures mises en place pour assurer et contrôler la qualité, conformément à l'art. 56 LAMal (art. 10, 1ère phrase). Il doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (économie du traitement : art. 11). Les parties sont également liées par la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, qui prévoit, à son art. 7 al. 1, que l'assureur est le débiteur de la rémunération de la prestation médicale (système du tiers payant). Elle prévoit également l'obligation, pour le fournisseur de prestations, d'informer son patient sur les prestations d'assurance-maladie sociale et sur les coûts éventuellement non couverts par l'assurance obligatoire des soins (art. 8 de la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED). c) En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs (art. 41 al. 1 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).

- 18 - L'assureur ne prend alors en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs (art. 41 al. 4 LAMal). Il peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations (art. 62 al. 1 LAMal).

### **E. 4**

a) En application de l'art. 41 al. 4 LAMal, la défenderesse a conclu avec une partie de ses assurés des contrats limitant le choix du fournisseur de prestations. Ces contrats sont régis notamment par le « Règlement (LAMal) l'assurance du médecin de famille » et par « SanaCall Règlement (LAMal) ». Nonobstant leur intitulé, ces documents sont des conditions générales d'assurance intégrées au contrat d'assurance liant la défenderesse aux assurés qui y souscrivent. Conformément au principe de la relativité des conventions, le contrat d'assurance et les conditions générales qui y sont intégrées ne lient que les parties au

contrat. L'approbation des conditions générales par l'Office fédéral de la santé publique n'en fait pas un règlement de droit public, de portée générale et abstraite, qui s'appliquerait indépendamment d'une manifestation de volonté d'y adhérer, contrairement à ce que soutient la défenderesse. Cette dernière ne peut donc pas opposer directement ces conditions générales aux fournisseurs de prestations. b) La défenderesse se réfère également à l'art. 41 al. 4 LAMal. Cette disposition, dans ses trois versions linguistiques, exclut effectivement l'obligation de l'assureur de prendre en charge un traitement qui n'a pas été ordonné par un fournisseur de prestations figurant sur la liste limitative à choix de la personne assurée. Elle se réfère toutefois expressément à l'accord entre l'assuré et l'assureur relatif à cette liste limitative et l'on doit se demander si elle ne régit pas uniquement les rapports entre l'assuré et l'assureur. Le texte légal n'exclut pas qu'un assureur acquitte, dans le système du tiers payant, une facture d'un fournisseur de prestations ne figurant pas sur la liste limitative des fournisseurs à choix de l'assuré, mais qu'il en demande ensuite le remboursement à l'assuré, ce qui constitue aussi une forme de refus de prise en charge vis-à-vis de ce dernier.

- 19 - c) aa) La limitation du choix du fournisseur de prestations constitue l'une des formes particulières d'assurance admises par la LAMal, dans lesquelles l'assurance est en droit de réduire les primes de certains assurés qui acceptent, en contrepartie, une limitation des prestations de leur assureur (cf. art. 62 LAMal et 99 à 101 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]). Parmi les différentes formes particulières d'assurance, on trouve encore, notamment, les franchises à option, qui permettent à l'assuré d'assumer, contre une réduction de prime, une part de risque plus importante, sous la forme d'une franchise supérieure au minimum légal prévu par l'art. 64 al. 2 LAMal. Bien que les art. 62 al. 2bis et 64 al. 8 LAMal excluent expressément que la participation aux coûts soit assurée par l'assurance-maladie, serait-ce à titre d'assurance complémentaire, il est généralement admis, dans le système du tiers payant en tout cas, que l'assurance assume l'intégralité de la facture des prestataires de soins et exige ensuite de l'assuré qu'il lui rembourse le montant correspondant à la participation aux coûts. Si les formes particulières d'assurance permettent la réduction des primes, elle ne peuvent ni étendre (art. 34 al. LAMal), ni réduire le catalogue des prestations (art. 41 al. 4, 3ème phrase) (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2ème éd. 2007, ch. 1086 p. 770). bb) En ce qui concerne la forme particulière d'assurance que constitue la limitation du choix du fournisseur de prestations au sens de l'art. 41 al. 4 et de l'art. 62 al. 1 et 3 LAMal, les assureurs-maladie offrent des modèles d'assurance variés. La limitation peut être plus ou moins stricte selon les modèles proposés, comme en témoignent les exemples suivants : - Visana SA, sana24 SA et vivacare SA offrent la possibilité de conclure une assurance « Med Call » dans laquelle l'assuré est tenu, pour des questions médicales et plus particulièrement avant de convenir d'une première consultation chez un médecin, de prendre contact par

- 20 - téléphone avec le centre de conseil médical. Le centre ne fournit pas de prestations diagnostiques ou thérapeutiques, mais se limite à un conseil médical ou à une recommandation pour l'étape de traitement suivante. La personne assurée reste libre de se conformer ou non à la recommandation reçue (art. 1.5 des conditions générales d'assurance Med Call). SWICA offre un produit d'assurance analogue (Assurance des soins FAVORIT TELMED; cf. art. 3 ch. 2 des conditions générales pour l'assurance des soins FAVORIT TELMED), de même qu'Helsana Assurances SA, Avanex Assurances SA, Progrès

Assurances SA et Sansan Assurances SA (Assurance PREMEDI 24; cf. conditions d'assurance pour l'assurance PREMEDI 24, art. 2). - D'après les conditions générales d'assurance, modèle CPTwin.doc selon la LAMal, de l'assureur-maladie KPT/CPT, la personne assurée s'engage à ce que les soins médicaux de premier recours soient fournis exclusivement par le médecin de famille choisi. S'il est nécessaire de faire appel à des médecins spécialistes ou à d'autres fournisseurs de prestations, la transmission s'effectue par le médecin de famille. La personne assurée peut choisir son médecin de famille parmi tous les spécialistes FMH en médecine générale, en médecine interne, en médecine pratique ou en pédiatrie (art. 1). En cas de violation de cette obligation, KPT/CPT peut réduire de 50% les prestations légales pour les traitements effectués par des fournisseurs de prestations chez lesquels l'assuré n'a pas été envoyé par le médecin de famille; en cas de manquement grave, l'assuré peut être exclu du modèle particulier d'assurance et transféré dans l'assurance ordinaire en perdant le rabais de prime (art. 12). - Avenir Assurance Maladie SA, EasySana Assurance Maladie SA, Mutuel Assurance Maladie SA et Philos Assurance Maladie SA gèrent le modèle d'assurance PrimaCare, dans lequel la personne assurée choisit librement un médecin de premier recours parmi les médecins généralistes, internistes ou pédiatres autorisés à exercer leur activité en Suisse en vertu de la LAMal. Au moment de recourir à une prestation médicale, la personne assurée doit s'adresser à son médecin de

- 21 - premier recours et ne peut consulter un spécialiste ou un autre fournisseur de prestations médicales qu'avec le consentement préalable du médecin de premier recours. Dans le cas où la personne assurée contrevient plus de deux fois par année civile à cette obligation, le coût des traitements entrepris est laissé intégralement à sa charge. En cas de manquements répétés, l'assureur a le droit de l'exclure du modèle d'assurance PrimaCare (art. 4, 5 et 7 des conditions particulières de l'assurance PrimaCare). - Helsana Assurances SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA offrent la forme particulière d'assurance BeneFit PLUS, dans laquelle la personne assurée est tenue de choisir un fournisseur de prestations « coordonnant », parmi ceux qui lui sont proposés par l'assureur en fonction du rayon de soins correspondant à son lieu de domicile (art. 4 des conditions d'assurance pour l'assurance BeneFit PLUS). La personne assurée doit toujours s'adresser à ce fournisseur de prestations avant de solliciter une prestation. Celui-ci définit le processus de traitement adéquat et optimal, qui doit obligatoirement être suivi par la personne assurée. En cas de violation de cette obligation, l'assureur peut, en respectant le principe de proportionnalité, exclure la personne assurée de BeneFit PLUS pendant au moins douze mois et refuser de prendre en charge des coûts de prestations qui n'ont pas été fournis ou ordonnés par le fournisseur de prestations coordonnant, ou qui contredisent les instructions de ce dernier (art. 23). Le fournisseur de prestations coordonnant peut être un service de conseil-santé par téléphone ou télé-médecine, ou un médecin de famille ou encore un cabinet de groupe coordonnant (art. 24). - CSS Assurance-maladie SA prévoit dans ses conditions générales pour l'assurance du médecin de famille Profit que la personne assurée doit choisir un médecin « coordinateur » sur la liste applicable des médecins mise à disposition par l'assureur pour l'assurance du médecin de famille Profit (art. 3). Pour tous les traitements, la personne assurée doit toujours s'adresser d'abord à ce médecin (art. 7.1). A défaut, elle assume l'ensemble des frais de traitement qui n'ont pas été

- 22 - préalablement approuvés par le médecin coordinateur (art. 7.2). Si la personne assurée est envoyée, par son médecin coordinateur, chez un spécialiste et si celui-ci recommande un

traitement plus approfondi ou une intervention chirurgicale, elle doit en informer à l'avance le médecin coordonnateur ou le faire informer et solliciter son accord (art. 9.1). INTRAS Assurance-maladie SA prévoit des clauses analogues avec l'assurance FIRST MED (cf. art. 6, 7 et 8 des conditions générales pour l'assurance-maladie obligatoire des soins FIRST MED). cc) Contrairement à ce que pourrait laisser penser une simple lecture de l'art. 41 al. 4 LAMal, on constate que plusieurs assurances ne prévoient pas, dans leurs conditions générales, un refus pur et simple de prendre en charge le traitement médical lorsque la personne assurée ne suit pas les conseils d'un médecin de famille ou d'un centre de télémedecine consulté préalablement. Dans l'assurance BeneFit Plus, Helsana Assurances SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA ne refusent ainsi le paiement des prestations que sous réserve du principe de proportionnalité. Avenir Assurance Maladie SA, EasySana Assurance Maladie SA, Mutuel Assurance Maladie SA et Philos Assurance Maladie SA, dans le cadre de l'assurance PrimaCare, admettent de prendre en charge les frais de traitement dispensés sans accord préalable du médecin de famille jusqu'à deux fois par année civile. KPT/CPT accepte d'assumer le 50% des coûts malgré une violation, par la personne assurée, de son obligation de recourir au médecin de famille. Par ailleurs, plusieurs des autres formes d'assurance proposées dans le cadre des art. 41 al. 4 LAMal et 62 al. 1 et 3 LAMal n'imposent pas à la personne assurée de suivre les consignes du médecin de famille choisi, ou du centre de télémedecine. Elle doit simplement consulter ce médecin de famille ou le centre de télémedecine, mais reste ensuite libre de consulter un autre médecin à charge de l'assurance obligatoire des soins, même sans l'accord du médecin de famille ou du centre de télémedecine.

- 23 - Les différents produits d'assurances comprenant une limitation du choix du fournisseur de prestations admettent, selon le produit choisi, la consultation directe de certains spécialistes. La liste des spécialistes concernés varie d'une assurance à l'autre, certaines assurances admettant par exemple la consultation directe de pédiatres ou de prestataires de soins pour le traitement de maladies chroniques, alors que d'autres ne l'admettent pas. L'assurance du médecin de famille proposée par Sanagate SA est, de ce point de vue, plus limitative que l'assurance SanaCall, également proposée par la défenderesse. Enfin, les fournisseurs de prestations pouvant être consultés à titre de médecin de premier recours, de médecin coordonnateur ou de médecin de famille varient d'une assurance à l'autre. Certaines établissent une liste de médecins parmi lesquels les personnes assurées doivent choisir leur médecin de famille, les listes pouvant être différentes d'un assureur à l'autre, d'autres laissent un libre choix parmi les médecins généralistes dans la région de domicile de la personne assurée. d) aa) Le système du tiers payant, prévu à l'art. 42 al. 2 LAMal, selon lequel assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération, constitue une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier (Eugster, op. cit., ch. 986 p. 732). Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur. En cas de traitement hospitalier notamment, les conventions tarifaires prévoient, en règle ordinaire, un système de tiers payant conditionnel afin de permettre à l'assureur de vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont remplies : l'assureur dispose d'un certain délai, fixé dans la convention, pour signifier son refus de rembourser directement au fournisseur une prestation, si les conditions requises ne sont pas

remplies (Eugster, op. cit., ch. 990 p. 734).

- 24 - Le système du tiers payant offre la garantie au fournisseur de prestations qu'il sera payé en cas d'exécution de ses obligations conforme à la convention. Le principe et l'efficacité même d'une convention tarifaire instaurant un tel système reposent sur cette garantie. La remettre en cause créerait une brèche dans la cohérence du régime du tiers payant en réservant au fournisseur la possibilité d'adopter de cas en cas le régime individuel du tiers payant quant il n'aurait pas l'assurance d'être directement remboursé par l'assureur. Cela dénaturerait, en définitive, le sens et le but du système du tiers payant voulu par les parties à la convention (cf. ATF 132 V 18 consid. 5.4). Par ailleurs, une même prestation ne peut pas être prise en charge pour partie selon le système du tiers garant et, pour partie, selon le système du tiers payant (ATF 131 V 191 consid. 5). bb) La convention relative à la valeur du point taxe TARMED ne prévoit pas un système de tiers payant conditionnel, dans lequel le fournisseur de soins devrait adresser une demande de garantie à l'assureur concerné. Elle prévoit au contraire un système de tiers payant sans réserve. Or, à suivre l'argumentation de la défenderesse, ce système serait sérieusement battu en brèche. En effet, compte tenu de la diversité des modèles d'assurances prévoyant une limitation du choix du fournisseur de prestations, on voit mal comment les fournisseurs de prestations pourraient être tenus de vérifier, pour chaque patient se présentant en vue d'un traitement ambulatoire, s'il a préalablement rempli les exigences posées par les conditions générales d'assurance auxquelles il a adhéré. Cela impliquerait, pour les fournisseurs de prestations, de connaître précisément les conditions générales des différents assureurs-maladie, ainsi que les différentes listes de médecins tenues par ces assureurs, pour déterminer si l'approbation de tel ou tel médecin de famille ou centre de télémédecine est une condition ou non du droit aux prestations dans le cas particulier. Selon les conditions générales applicables, il n'est d'ailleurs pas possible de le déterminer puisque l'assurance se réserve, après examen du principe de proportionnalité, de refuser le paiement des prestations, mais ne prévoit pas que le refus soit

- 25 - systématique. Pour d'autres assureurs, le 50% des coûts seulement reste à charge de la personne assurée lorsqu'elle ne respecte pas les consignes du médecin de famille ou du centre de télémédecine, ce qui impliquerait pour le fournisseur de prestations de facturer une partie des honoraires selon le système du tiers payant et une partie selon le système du tiers garant, contrairement à la jurisprudence citée ci-avant (consid. 4d/aa in fine supra). Enfin, pour d'autres assureurs encore, le droit aux prestations n'est pas exclu pour les deux premières consultations ou traitements de l'année civile sans consultation préalable du médecin de famille ou du centre de télémédecine. Le seul moyen, pour le fournisseur de prestations, de s'assurer que l'assureur-maladie ne refusera pas de prester, serait de lui adresser une demande de garantie, à l'instar de ce qui est prévu en cas d'hospitalisation stationnaire. La Convention-cadre TARMED et la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED ne prévoient toutefois aucune procédure de ce genre, qui impliquerait le droit pour le fournisseur de prestations d'obtenir une réponse à bref délai. Pour ce motif déjà, il convient d'admettre que les limitations du choix du fournisseurs de prestations découlant de la convention particulière entre l'assureur-maladie et la personne assurée ne sont pas opposables aux fournisseurs de prestations ambulatoires bénéficiant du système du tiers payant. Cette conclusion découle également de la conception du système du tiers payant comme une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations (consid. 4d/aa supra). Dans ce contexte, il convient de distinguer

la reprise de dette externe, liant le créancier (le fournisseur de prestations) au débiteur reprenant (l'assureur-maladie), de la reprise de dette interne; cette dernière lie le débiteur cédé (l'assuré) au débiteur reprenant (l'assureur-maladie). La convention relative à la valeur du point taxe TARMED constitue le contrat de reprise de dette externe alors que le contrat d'assurance et les conditions générales d'assurances applicables à ce contrat constituent le fondement de la reprise de dette interne (sur les notions de reprise de dette externe et interne : cf. Thomas Probst, in : Commentaire Romand, Code des obligations I, 2ème éd., 2012, Intro. ad art. 175-183 p. 1238 sv.; Rudolf Tschäni, in : Basler Kommentar,

- 26 - Obligationenrecht I, 4ème éd. 2007, n. 1 ad art. 175, p. 899 et n. 1ss ad art. 177 p. 906). Le débiteur reprenant ne peut pas opposer au créancier les exceptions qu'il pourrait déduire, vis-à-vis du débiteur cédé, de la convention fondant la reprise de dette interne (art. 179 al. 3 CO; Probst, op. cit., n. 7 ss ad art. 179, p. 1258 sv.; Tschäni, n. 8 ad art. 179 p. 911). cc) La défenderesse soutient que la carte d'assuré, prévue par l'art. 42a LAMal, contient des informations relatives à d'éventuelles limitations du choix du fournisseur de prestations. Sur ce point également, son argumentation ne peut pas être suivie. En effet, la mention d'une forme particulière d'assurance, dans les données électroniques enregistrées sur la carte d'assuré, n'est pas obligatoire. Il s'agit d'une possibilité laissée à l'assurance-maladie concernée (art. 4 al. 2 let. c OCA [ordonnance du 14 février 2007 sur la carte d'assuré pour l'assurance; RS 832.105]), de sorte que les fournisseurs de prestations n'ont aucune garantie, à la lecture de la carte d'assurance-maladie, qu'une éventuelle limitation du choix du fournisseur de prestations y soit mentionnée. La consultation en ligne des données électroniques implique en outre le consentement de la personne assurée (art. 15 al. 3 OCA), que les fournisseurs de prestations ne sont pas certains d'obtenir. Quoi qu'il en soit, l'information relative à la limitation du choix du fournisseur de prestations ne leur serait que d'une utilité très relative, puisqu'elle ne dit encore rien, notamment, de l'obligation ou non de la personne assurée de suivre l'avis du centre de télémédecine consulté ni du fait que la personne assurée a effectivement consulté préalablement son médecin de famille ou un centre de télémédecine. Comme on l'a vu, le point de savoir si, dans un cas concret, l'assureur-maladie est tenu de prêter vis-à-vis de la personne assurée implique de connaître en détail les conditions générales applicables au contrat et de s'assurer d'une consultation préalable de l'assuré auprès de son médecin de famille ou d'un centre de télémédecine, ce qui ne peut être réalisé par les fournisseurs de prestations. La mention, sur la carte d'assuré, d'une limitation du choix du fournisseur de prestations impose en revanche aux prestataires de soins tels que le B. \_\_\_\_\_ d'informer le patient sur le risque, en cas de violation de ses obligations contractuelles, de devoir rembourser les frais de

- 27 - traitement à son assureur-maladie. Les moyens de preuves au dossier ne contiennent pas d'indice que le demandeur aurait violé cette obligation.

## **E. 5**

Vu ce qui précède, la défenderesse doit acquitter les factures litigieuses présentées par le demandeur. Un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 31ème jour après l'émission de la facture (art. 9 al. 11 de la Convention cadre TARMED). Il ressort de la pièce 56 et des déterminations des parties des 7 août et 8 septembre 2014 qu'une partie des factures litigieuses a été acquittée, après toutefois le dépôt des conclusions tendant à leur paiement, ce qui correspond à un passé-expédient partiel. Les intérêts moratoires n'ont pas été acquittés sur les factures en question et restent dus pour la période courant jusqu'à la date

du paiement. La défenderesse supportera les frais de justice. Les parties étant l'une et l'autre chargées de tâches de droit public, aucun dépens ne sera alloué (cf. ATF 126 V 143 consid. 4; 118 V 158 consid. 7).

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