

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 juin 2014

---

Présidence de M. MERZ, juge unique  
Greffière : Mme Saghbini

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 32 al. 1, 42, 64 al. 1 et 2, 64a LAMal ; 59 al. 1 OAMal ; 169 al. 1  
et 179 al. 1 CO**

**E n f a i t :**

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, a été affiliée pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; RS 832.10) auprès de la caisse-maladie U. \_\_\_\_\_ (ci-après : U. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) depuis l'année 2004. Pour l'année 2011 notamment, elle avait opté pour une franchise de 2'500 francs.

Il ressort du dossier transmis au Tribunal de céans par U. \_\_\_\_\_ que, le 13 avril 2012, U. \_\_\_\_\_ a envoyé à l'assurée un décompte de prestations « Tiers payant » lui demandant le versement de 405 fr. dans les 30 jours. U. \_\_\_\_\_ aurait payé ce montant directement au Centre d'ergothérapie I. \_\_\_\_\_ pour un traitement de l'assurée du 1<sup>er</sup> au 31 août 2011. Les informations qui figurent sur le décompte du Centre d'ergothérapie sont les suivantes :

« FSL Direction des CMS [...]

Concerne V. \_\_\_\_\_  
No Assuré [...] Date de naissance  
[...]1958  
Prestataire CMS P. \_\_\_\_\_ Raison PEC Maladie  
No client [...]

Date	Services et prestations facturés	Nbre	Tarif en fr.	Montant
01/08/11	Type 7601 Ergo avec client	3.25		
08/11	Type 7601 Ergo avec client	3.25	105.60	343.20
01/08/11	Type 7602 Ergo sans client	0.25		
08/11	Type 7602 Ergo sans client	0.25	79.20	19.80
01/08/11	7604 Ergo déplacement	1.00		
08/11	7604 Ergo déplacement	1.00	39.60	39.60
01/08/11	7609 Ergo km	4.00		
08/11	7609 Ergo km	4.00	0.60	2.40
			Sous	Total :
			405.00	

[...]. »

Par courrier du 15 juin 2012, U. \_\_\_\_\_ a rappelé à l'assurée le paiement des 405 fr., dans les 10 jours. Par courrier du 29 juin 2012,

U.\_\_\_\_\_ a mis en demeure l'assurée pour le même montant en y ajoutant 30 fr. de frais de sommation. En date du 31 août 2012, U.\_\_\_\_\_ a déposé une réquisition de poursuite pour le montant de 435 fr. auprès de l'Office des poursuites du district de [...]. Ce dernier a établi un commandement de payer en date du 5 septembre 2012 - qui indiquait 33 fr. de frais pour le commandement de payer et 5 fr. de frais d'encaissement (poursuite n° [...]) - lequel a été notifié le 14 septembre 2012 à l'assurée qui a aussitôt déclaré une opposition totale.

Par acte du 24 octobre 2012, U.\_\_\_\_\_ a rendu une décision de mainlevée pour le solde de 468 fr., intérêt de 5% en sus.

**B.** Par courrier du 21 novembre 2012, l'assurée a interjeté une opposition à la décision de mainlevée et contesté la créance de 468 francs. Elle a fait valoir ce qui suit :

« [...], je réitère mon opposition à la demande de paiement d'un montant de 405.- + frais. Comme je l'ai déjà expliqué, U.\_\_\_\_\_ a versé ce montant au CMS [Centre médico-social] de P.\_\_\_\_\_ par erreur et sans m'en avertir, alors que vos collaboratrices avaient à deux reprises assuré que cette facture contestée n'allait pas être réglée.

Vos collaboratrices ont admis par téléphone qu'il s'agissait d'une erreur de la part d'U.\_\_\_\_\_, car ma demande de ne pas verser ce montant figurait bien dans le dossier.

Les raisons de ma contestation de la facture du CMS de P.\_\_\_\_\_ sont exposées dans la lettre que je vous ai transmise le 14 septembre 2012. En l'absence de réponse du CMS, j'ai déduit que celui-ci avait admis ma demande est renoncé à cette facture, alors qu'en fait U.\_\_\_\_\_ l'avait réglée.

Cette facture a été payée à mon insu alors que j'avais clairement communiqué mon refus de la payer et que j'avais entrepris des démarches pour la faire annuler.

Lorsque la facture était arrivée chez U.\_\_\_\_\_ avec copie pour moi, je vous avais immédiatement demandé de ne pas la payer. J'ai téléphoné à deux reprises pour m'assurer que vous aviez bien enregistré ma demande et que le montant ne serait pas versé, du fait que j'avais téléphoné puis écrit au CMS pour contester cette facture.

Ce n'est que de nombreux mois plus tard, alors que je croyais l'affaire close, que j'ai reçu votre demande de remboursement du montant de 405.-

Lorsque j'ai à nouveau téléphoné à U.\_\_\_\_\_, la collaboratrice m'a encore confirmé que la note figurait toujours dans le dossier, qu'il y avait dû y avoir une erreur et qu'elle allait se renseigner. La réponse qui m'a ensuite été donnée, toujours par téléphone, était qu' "on"

était désolé, mais que puisque c'était payé il fallait que je rembourse !

J'ai écrit à deux reprises sur le site internet d'U.\_\_\_\_\_ pour expliquer le cas, sans recevoir de réponse. En outre sur le site d'U.\_\_\_\_\_ on reçoit un accusé de réception mais pas la copie du message envoyé, il n'y a donc pas moyen de retrouver ce qu'on a écrit. Et l'accusé de réception annonce un traitement de la demande dans les 4-5 jours, alors que je n'ai jamais eu de réponse.

Le 14 juillet 2012, après un n<sup>ième</sup> tél avec une n<sup>ième</sup> personne (Mme T.\_\_\_\_\_), j'ai transmis à U.\_\_\_\_\_ par fax la copie de ma correspondance avec le CMS contestant la facture. Cet envoi est resté sans suite, ou plus exactement la seule suite a été en septembre un commandement de payer.

C'est la première fois de ma vie que je dois faire face à une menace de poursuites, à 55 ans et alors qu'il ne s'agit pas d'un problème financier. Il n'est pas normal qu'U.\_\_\_\_\_ fasse payer ses propres erreurs à ses assurés et je m'oppose donc au paiement d'une facture et de frais injustes. »

Par courrier du 7 décembre 2012, U.\_\_\_\_\_ a répondu à l'assurée que la facture de 405 fr. du Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_ avait été réglée à juste titre par U.\_\_\_\_\_. Dans ses explications, elle a renvoyé au système du tiers-payant qui aurait été convenu entre U.\_\_\_\_\_ et le fournisseur de prestations. À ce titre, U.\_\_\_\_\_ était tenue de s'acquitter de la facture sans l'accord de l'assurée, voire même contre sa volonté. Pour le surplus, la facture ne pouvait être contestée par ses soins car elle était correcte sur le plan tarifaire et ne souffrait d'aucun défaut pour un acquittement par la caisse-maladie. Bien qu'U.\_\_\_\_\_ se soit acquittée de la facture, elle ne pouvait être partie prenante dans le litige entre l'assurée et le CMS de P.\_\_\_\_\_. Si l'issue du litige contre le CMS devait être favorable à l'assurée, alors le Centre d'ergothérapie lui fera part de l'annulation de la facture et U.\_\_\_\_\_ rétrocéderait à l'assurée le montant versé. Dans l'intervalle, l'assurée restait obligée de régler la facture d'U.\_\_\_\_\_. A défaut d'un paiement par l'assurée avant le 31 décembre 2012, U.\_\_\_\_\_ a annoncé qu'elle se verrait contrainte de rendre une décision sur opposition.

L'assurée n'ayant effectué aucun paiement dans le délai imparti, U.\_\_\_\_\_ a rendu, en date du 11 février 2013, une décision sur opposition rejetant l'opposition et prononçant qu'elle est fondée à requérir la continuation de la poursuite pour le montant de 435 fr., frais de poursuite non compris. Pour l'essentiel, U.\_\_\_\_\_ a repris les arguments

exposés dans son courrier du 7 décembre 2012. Elle y a ajouté qu'à réception du décompte de prestations « tiers payants » du 13 avril 2012, l'assurée avait effectivement pris contact à plusieurs reprises avec son service des prestations pour contester la facture. Il lui avait alors été conseillé d'agir directement auprès du fournisseur de soins et de transmettre à U.\_\_\_\_\_ une copie de sa lettre de contestation. A ce jour, U.\_\_\_\_\_ n'aurait jamais reçu une copie du courrier de contestation et n'aurait pas été informée par le Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_ que la facture litigieuse avait été annulée. Dès lors, la facture de 405.- avait été réglée à juste titre par U.\_\_\_\_\_.

**C.** Par acte du 12 mars 2013, l'assurée a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition d'U.\_\_\_\_\_ du 11 février 2013. Elle demande que cette décision « soit revue en fonction des rectifications et des griefs mentionnés » et « qu'à titre de réparation du tort causé, U.\_\_\_\_\_ renonce à la créance de 405.- + frais ». Elle fait valoir qu'il ne lui paraissait pas acceptable que le patient soit privé du droit de contester une facture. Lorsqu'elle avait reçu la facture de 405 fr., elle l'avait contestée par téléphone, puis reçu une lettre du CMS confirmant la facture. Elle y avait alors répondu par un courrier du 16 novembre 2011, qui était resté sans réponse. U.\_\_\_\_\_ lui avait dit que la facture ne serait pas payée puisqu'elle la contestait. Le 14 juillet 2012, elle avait transmis à U.\_\_\_\_\_ la lettre précitée du 16 novembre 2011.

La recourante a joint à son recours notamment copie de ladite lettre qu'elle avait adressée en date du 16 novembre 2011 au CMS de P.\_\_\_\_\_ et qui se réfère à un courrier de ce dernier du 3 novembre précédent. Dans cette lettre, la recourante exposait pourquoi elle estimait que le CMS n'était pas en droit de facturer des prestations. En substance, elle avait notamment fait valoir qu'elle avait demandé une assistance sociale suite à une altercation violente avec son fils, mais pas des séances d'ergothérapie qui ont été facturées. De plus, elle met en doute que le CMS aurait effectivement livré des prestations d'ergothérapie et que les prestations rendues correspondaient à celles qu'elle avait demandées,

voire étaient adaptées à la situation pour laquelle elle avait fait appel au CMS. Il n'aurait rien été entrepris « pour faire progresser la situation ».

Elle a aussi joint à son recours une réponse d'U. \_\_\_\_\_ à l'Ombudsman de l'assurance-maladie du 23 novembre 2012 formulée comme suit :

« [...]

Vous souhaitez que nous abandonnions la poursuite engagée à l'encontre de Mme V. \_\_\_\_\_, relative à la facturation de sa participation légale pour la facture de Fr. 405.-- du Centre ergothérapie I. \_\_\_\_\_ concernant les soins prodigués du 1<sup>er</sup> au 31 août 2011 sur prescription médicale du 23 août 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_.

Nous sommes malheureusement contraints de vous informer que nous ne sommes pas en mesure d'accéder à votre demande.

En effet, U. \_\_\_\_\_ est liée conventionnellement avec l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE). C'est dire que les factures d'ergothérapie sont indemnisées selon le système du tiers payant dans le délai conventionnel prévu.

La facture précitée, étant correcte sur le plan tarifaire et ne faisant l'objet d'aucune contestation de notre part, a dès lors été indemnisée directement en main du Centre d'ergothérapie I. \_\_\_\_\_.

A réception de notre décompte de prestations « tiers payants » du 13 avril 2012, Mme V. \_\_\_\_\_ a effectivement pris contact à plusieurs reprises avec notre service des prestations pour contester la facture de ce centre. Il lui a alors été conseillé d'agir directement auprès du fournisseur de soins et de nous transmettre copie de sa lettre de contestation. Nous l'informions alors que la réquisition de poursuite serait repoussée jusqu'à fin août 2012 dans l'attente des démarches qu'elle devait entreprendre.

A ce jour, nous n'avons jamais reçu une copie du courrier de contestation de notre assurée et le Centre d'ergothérapie I. \_\_\_\_\_ ne nous a pas informé que la facture litigieuse était annulée. C'est la raison pour laquelle la procédure de recouvrement a repris son cours.

Au vu de ce qui précède, notre décompte de prestations précité est exempt de critiques et c'est à juste titre que Mme V. \_\_\_\_\_ doit s'acquitter de la somme de Fr. 405.-- au titre de la participation légale (franchise 2011 non encore perçue). »

**D.** Par réponse du 29 avril 2013, U. \_\_\_\_\_ a conclu, sous suite de frais et dépens à la charge de la recourante, à ce que cette dernière « soit reconnue débitrice des sommes qui lui sont réclamées » et de prononcer que « la décision sur opposition rendue le 11 février 2013 entre en force » et que « la poursuite n° [...] peut être continuée ». L'intimée fait valoir qu'elle avait répondu en tout cas les 30 mai et 25 juillet 2012

aux prises de contact par l'assurée, raison pour laquelle le grief de cette dernière, relatif au fait qu'U. \_\_\_\_\_ ne répondait pas, faisait défaut. Pour le reste, U. \_\_\_\_\_ a repris en substance les arguments déjà exposés dans sa lettre précitée du 23 novembre 2012 qu'elle avait adressée à l'Ombudsman. Elle a ajouté que par la reprise de la dette externe, le repreneur, soit U. \_\_\_\_\_, devenait le nouveau débiteur, et, l'ancien, soit l'assurée, était libéré. Ainsi, U. \_\_\_\_\_ était tenue de s'acquitter de la facture, sans l'accord de l'assurée, voire même contre sa volonté, afin d'éviter que le créancier, soit le fournisseur de la prestation, ne se retourne contre elle. Le moyen soulevé par la recourante, à savoir l'erreur de facturation par le Centre d'ergothérapie I. \_\_\_\_\_, était un argument de fond dans la relation entre la recourante et le centre précité, qui ne pouvait être revu par U. \_\_\_\_\_.

**E.** Invitée à répliquer, la recourante ne s'est plus prononcée jusqu'à la date de l'arrêt.

Sur demande de l'intimée du 12 décembre 2013, le Tribunal de céans a communiqué aux parties qu'un arrêt sera probablement rendu durant le 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2014.

### **E n d r o i t :**

**1.** Litigieux est la question de savoir si U. \_\_\_\_\_ en tant qu'assurance obligatoire des soins peut demander à la recourante le paiement d'une participation à des frais de traitement ainsi que des frais de sommation, de recouvrement, de poursuite et des intérêts.

En vertu de l'art. 2 al. 1 let. c LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; RSV 173.36), cette loi s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales. Par ailleurs, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à

moins que la LAMal ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAMal).

Interjeté dans le délai légal de trente jours selon l'art. 60 al. 1 LPGA suivant la notification de la décision sur opposition entreprise, le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a en principe lieu d'entrer en matière sur le recours. Le Tribunal de céans, dans la composition du juge unique, est compétent, comme tribunal cantonal des assurances, pour connaître du recours de l'assurée, vu notamment le domicile de cette dernière dans le canton de Vaud et la valeur litigieuse ne dépassant pas 30'000 fr. (art. 57 et 58 LPGA, art. 93 et 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD et art. 83b et 83c LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]).

## **2.**

**2.1** Aux termes de l'art. 64 al. 1 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (art. 64 al. 2 LAMal). La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part, cette dernière étant limitée à un montant annuel maximal de 700 fr. pour un adulte (art. 103 al. 2 et 3 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]).

Les parties conviennent que la franchise convenue et licite de 2'500 fr. pour l'année 2011 n'a pas été dépassée en retenant le montant de traitement litigieux de 405 francs.

**2.2** Lorsqu'un assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assurée ne paye pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (art. 64a al. 1 et 2 LAMal).

### **3.**

**3.1** 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, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant ; art. 42 al. 1, 1 et 2<sup>e</sup> phr. LAMal). L'assureur prend alors régulièrement en compte la participation aux coûts de l'assuré et lui rembourse uniquement le montant qui dépasse cette participation.

Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant ; art. 42 al. 2, 1<sup>ère</sup> phr. LAMal). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LAMal, est d'office le débiteur de sa part de rémunération (art. 24 al. 2, 2<sup>e</sup> phr. LAMal). Le système du tiers payant mène à une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations (cf. art. 176 al. 1 CO [Code des obligations suisse du 30 mars 1911 ; RS 220] ; ATF 139 V 82 consid. 3.2.3 ; 132 V 18 consid. 5.2). Dans cette constellation, 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 ; il est donc le débiteur direct du fournisseur. L'assureur devra ensuite s'adresser à l'assuré pour que celui-ci lui verse sa participation aux coûts prévue à l'art. 64 LAMal. Par ailleurs, dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur (art. 42 al. 3 LAMal). Selon l'art. 59 al. 5 OAMal (Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), si le système du tiers payant a été convenu, le fournisseur de prestations doit remettre à l'assuré copie de la facture prévue à l'art. 42 al. 3 LAMal. Il peut convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie de la facture. L'assureur a le droit, une fois exécutée son obligation de paiement envers le fournisseur de prestations, d'exiger le remboursement de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (TF 9C\_233/2008 du 3 juin 2008 consid. 3.2). A cet égard, une cession de créance a en quelque sorte lieu du fournisseur en faveur de l'assureur, lequel peut alors demander à l'assuré le paiement de ladite participation.

Hormis les traitements hospitaliers, la LAMal accorde la priorité au système du tiers garant. Dans ce cas, il appartient en principe à l'assuré de régler les factures, son assureur ayant l'obligation de les lui rembourser, conformément aux prescriptions légales. Le législateur a refusé de procéder à une révision de la loi dans le sens que le système du tiers payant devienne la règle (cf. Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, 2004, p. 258 ; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 1 ad art. 42 LAMal).

Dans le cas du système du tiers garant, un litige similaire à celui qui se présente en l'espèce ne devrait en principe pas avoir lieu.

Il apparaît toutefois qu'U.\_\_\_\_\_ a conclu avec les prestataires en question, respectivement avec leur organisation faîtière, une convention qui instaure le système de tiers payant selon l'art. 24 al. 2 LAMal.

**3.2** Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Les prestations prises en charge de manière générale par l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal ; cf. aussi ATF 133 V 115 consid. 3 ; 130 V 299 consid. 6.1 et 6.2.1.1 ; 123 V 53 consid. 4 ; Eugster, op. cit., n. 2 ss ad art. 32 LAMal). Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux qui répondent à ces trois critères (cf. art. 34 al. 1 LAMal). L'assureur se doit de vérifier, dans chaque cas particulier, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations mises à la charge de l'assurance obligatoire des soins (Longchamp, op. cit., p. 295). Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assurée et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). Selon l'art. 56 al. 2 LAMal, la rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort. Ont qualité pour

demander la restitution, dans le système du tiers garant, l'assuré ou, conformément à l'art. 89 al. 3 LAMal, l'assureur (art. 56 al. 2 let. a LAMal), et, dans le système du tiers payant, l'assureur (art. 56 al. 2 let. b LAMal).

#### **4.**

**4.1** En l'espèce, U.\_\_\_\_\_ fait valoir qu'elle était tenue de s'acquitter de la facture litigieuse du CMS, respectivement du Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_, sans l'accord de la recourante, voire même contre sa volonté. La facture ne pouvait pas être contestée par U.\_\_\_\_\_, car elle serait correcte sur le plan tarifaire et ne souffrirait « d'aucun défaut pour un acquittement par la caisse-maladie ». Le grief d'une erreur de facturation soulevé par la recourante serait un argument de fond dans la relation entre la recourante et le centre précité, qui ne pourrait être revu par U.\_\_\_\_\_. Elle ne pourrait être partie prenante dans le litige opposant la recourante et le centre d'ergothérapie. Si l'issue du litige contre ce centre devait être favorable à la recourante, U.\_\_\_\_\_ rétrocéderait alors à cette dernière le montant versé après remboursement de la part du centre précité.

**4.2** U.\_\_\_\_\_ n'a pas présenté la convention conclue avec l'organisation faîtière des ergothérapeutes. Cela n'est toutefois d'aucune importance puisque l'assureur ne peut pas convenir valablement avec les fournisseurs de conditions aux dépens des assurés sans l'accord de ces derniers. Il y a donc lieu de se tenir aux dispositions légales et contractuelles convenues entre l'assurée et l'assureur, et non pas entre l'assureur et le fournisseur de prestations.

Comme exposé, U.\_\_\_\_\_ déclare que la facture litigieuse du Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_ ne souffre « d'aucun défaut pour un acquittement par la caisse-maladie ». A première vue, cela pourrait laisser entendre qu'U.\_\_\_\_\_ a procédé aux vérifications, prévues par la loi (cf. supra consid. 3.2), notamment de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations. A l'étude du dossier et des autres explications d'U.\_\_\_\_\_, il s'avère toutefois que cela n'a pas été le cas ou, du moins, n'a pas été fait de manière conforme, voire suffisante.

D'une part, le dossier d'U.\_\_\_\_\_ ne contient ni le courrier de la recourante adressé au CMS de P.\_\_\_\_\_ le 16 novembre 2011, ni celui du CMS du 3 novembre précédant. Pourtant, l'assurée avait transmis, selon un courriel du 14 juillet 2012 (cf. pièce 2 des documents produits par la recourante), un document à U.\_\_\_\_\_ qui serait, selon l'assurée, ledit courrier du 16 novembre 2011. Ce document, ni d'ailleurs aucun autre qui pourrait avoir été transmis en juillet 2012, n'apparaît dans le dossier de l'intimée. En outre, dans l'éventualité où U.\_\_\_\_\_ n'aurait pas reçu de document, elle n'a manifestement pas non plus demandé à la recourante une nouvelle production du document en question, malgré le fait que celui-ci était mentionné dans un courriel que la recourante lui avait adressé.

D'autre part, il apparaît qu'U.\_\_\_\_\_ ne se prononce d'aucune manière sur les griefs de l'assurée, si ce n'est pour retenir de manière générale, notamment dans sa réponse au recours, que les moyens soulevés par la recourante étaient des arguments « de fond » qui ne pouvaient pas être revus par U.\_\_\_\_\_. Selon la caisse-maladie, la recourante devait s'adresser directement au fournisseur de prestation. U.\_\_\_\_\_ estime donc qu'elle n'est pas concernée par les arguments de la recourante, qui a notamment fait valoir qu'elle avait demandé au CMS une assistance sociale suite à une altercation violente avec son fils, mais pas des séances d'ergothérapie qui ont été facturées, qu'elle mettait en plus en doute, d'une part, que le CMS avait effectivement livré des prestations d'ergothérapie et, d'autre part, que les prestations rendues correspondaient à celles qu'elle avait demandées, voire qu'elles étaient adaptées à la situation pour laquelle elle avait fait appel au CMS ; il n'aurait rien été entrepris « pour faire progresser la situation ».

Vu le devoir de contrôle de l'assurance, exposé ci-dessus au considérant 3.2, ce point de vue d'U.\_\_\_\_\_ s'avère critiquable. De plus, selon l'art. 56 al. 2 let. b LAMal, c'est l'assureur qui a la qualité pour demander la restitution de la rémunération du fournisseur de prestations dans le système du tiers payant ; cela s'oppose donc aussi à ce que cela

soit uniquement à l'assuré de faire valoir, face au fournisseur, ses droits pour une restitution ou réduction de la rémunération. Enfin, selon le droit des obligations qu'U.\_\_\_\_\_ a elle-même invoqué pour la reprise de dette, les exceptions dérivant de la dette reprise passent de l'ancien débiteur, en l'espèce la recourante, au nouveau débiteur, en l'espèce U.\_\_\_\_\_ comme assureur (cf. art. 179 al. 1 CO). Certes, selon l'art. 179 al. 2 CO, il est possible de prévoir d'exception dans le contrat entre le nouveau débiteur et le créancier. Cela ne peut cependant pas aller à l'encontre de l'ancien débiteur, donc l'assuré - en l'occurrence, la recourante -, qui n'a pas participé à la conclusion du contrat de reprise de dette. Si, suite à la reprise de dette, le nouveau débiteur entend faire valoir des droits face à l'ancien débiteur, ce dernier peut, de plus, lui opposer les exceptions qui lui appartenaient contre le créancier. Cela correspond à la règle prévue à l'art. 169 al. 1 CO pour la cession de créance. Comme déjà évoqué, la situation est similaire dans le système du tiers payant, lorsque l'assureur demande à l'assuré la participation aux frais, après avoir versé la rémunération au fournisseur de prestations.

Dès lors, U.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas simplement renvoyer la recourante à invoquer une contestation face au fournisseur de prestations et elle-même s'abstenir de se prononcer sur les griefs de cette dernière soulevés à l'encontre de la facture du CMS, respectivement du Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_. En définitive, U.\_\_\_\_\_ a commis une forme de déni de justice, ce qui justifie de lui renvoyer l'affaire pour qu'elle statue à nouveau en prenant dûment en compte les griefs de la recourante contre la facturation par le CMS, voire le Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_.

Il sera toutefois relevé, notamment à l'attention de la recourante, que le paiement d'une facture de prestations de soins n'est pas seulement dû si le traitement a éliminé une maladie ou atténué ses effets. Ce n'est donc pas le résultat du traitement qui est décisif, mais bien plutôt que le traitement puisse objectivement être considéré comme efficace dans la situation qui se présente, même si, rétrospectivement, il est finalement resté sans effet dans le cas précis. Une prestation est ainsi efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat

thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé (cf. art. 32 al. 1 LAMal précité et ATF 133 V 115 consid. 3.2.1 ; 130 V 299 consid. 6.1 et 6.2.1.1 ; 123 V 53 consid. 4b).

**4.3** On pourrait se demander si, par soucis d'économie de procédure, il n'appartiendrait pas au Tribunal de céans de se prononcer dans la présente procédure judiciaire sur les griefs de la recourante contre la facture litigieuse du Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_. Cependant, le dossier à disposition du Tribunal n'est pas complet pour permettre à celui-ci de se prononcer à ce sujet. Le Tribunal de céans ne dispose notamment pas de la facture originale du Centre d'ergothérapie I.\_\_\_\_\_, ni de sa lettre du 3 novembre 2011 en réponse aux griefs de la recourante se rapportant à ladite facture, ni de la prescription que le médecin traitant, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, semble avoir rédigée concernant l'intervention du CMS. Le présent Tribunal ne connaît pas non plus le diagnostic qui avait été posé et ne sait pas quelles mesures avaient été ordonnées. Il n'est pas exclu qu'une instruction complémentaire, en contactant par exemple le médecin traitant, le fournisseur de prestations ou d'autres personnes, s'avère nécessaire.

Par ailleurs, selon l'instruction à mener, il pourrait s'avérer judicieux, notamment du point de vue de l'opportunité, de trouver un accord consensuel ou de renoncer à une partie des prétentions. Le Tribunal de céans ne peut toutefois rendre une décision en application du principe de l'opportunité. Le Tribunal ne contrôle que s'il y a une violation du droit, y compris un excès ou un abus du pouvoir d'appréciation ou s'il y a une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (cf. art. 98 LPA-VD). Ainsi, le Tribunal de céans ne peut par conséquent pas accéder à la demande de la recourante de faire renoncer U.\_\_\_\_\_ au montant de 405.- fr., pour des raisons d'opportunité.

**4.4** Dans la mesure où la recourante demande qu'U.\_\_\_\_\_ renonce à la créance « à titre de réparation du tort causé » et qu'elle estime avoir une prétention en indemnisation contre U.\_\_\_\_\_ avec

laquelle elle entend procéder à une compensation, son recours est irrecevable sur ce point. En effet, il y a lieu de donner les considérations suivantes : Jusqu'au moment du dépôt du recours, l'assurée n'avait pas demandé d'indemnisation à U.\_\_\_\_\_. Il n'y a donc aucune décision d'U.\_\_\_\_\_ à ce sujet qui pourrait faire l'objet de la présente procédure. La recourante n'a pas fait valoir, ni démontré - et il ne ressort pas non plus du dossier - qu'une telle demande avait été déposée auprès de l'intimée, sur laquelle cette dernière n'aurait pas statué. Pour le surplus, on ne voit, en l'état du dossier, pas de motif suffisant pour accorder une telle indemnisation pour « tort causé » à la recourante. En raison du fait que celle-ci dispose de moyens de droit tel que le présent recours pour se défendre contre les prétentions d'U.\_\_\_\_\_, le système suisse ne prévoit en assurances sociales pas, en sus, une indemnisation pour un tort causé.

**4.5** Au vu de ce qui précède (consid. 4.1 à 4.3), le recours doit être admis dans la mesure où il se dirige contre la poursuite n° [...] et le montant litigieux de participation aux coûts de 405 fr., frais de sommation, de recouvrement et de poursuite en sus.

Eu égard aux griefs de la recourante, U.\_\_\_\_\_ aurait dû, avant de procéder à la sommation et à la poursuite à l'encontre de la recourante, d'une part, instruire plus en avant, à la rigueur en demandant des informations supplémentaires, et, d'autre part, se prononcer sur ces griefs, ce d'autant plus que l'assurée s'était déjà adressée en mai 2012 à U.\_\_\_\_\_, donc bien avant les procédures de sommation et de poursuite. Dans cette mesure, il ne peut être demandé à la recourante le remboursement des frais de sommation, de recouvrement et de poursuite jusqu'à présent occasionnés, respectivement requis par U.\_\_\_\_\_.

En ce qui concerne finalement les intérêts facturés par U.\_\_\_\_\_, il n'existe pas de bases légales pour demander des intérêts, l'art. 26 LPGA, qui règle les intérêts moratoires dans le domaine des assurances sociales, ne prévoyant pas le prélèvement de tels intérêts sur la participation aux frais des assurés ; le Tribunal fédéral n'a pas non plus admis une autre base légale, par exemple par analogie à l'art. 104 al. 1

CO, pour demander des intérêts (cf. ATF 139 V 82 c. 3.3 ; TFA K 40/05 du 12 janvier 2006 consid. 4.2, in : SVR 2006 KV n° 23 p. 75).

La décision sur opposition du 11 février 2013, et avec elle la poursuite n° [...], doivent être annulées et la cause renvoyée à U.\_\_\_\_\_ pour nouvelle décision, après instruction, dans le sens des considérants. Le cas échéant, U.\_\_\_\_\_ devra demander des précisions notamment à la recourante.

**5.** La procédure étant en principe gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). La recourante ayant procédé sans l'assistance d'un avocat, il n'y a - selon la règle dans de tels cas - pas lieu d'accorder des dépens en sa faveur, car il n'y a pas de situation particulière (notamment affaire compliquée avec valeur litigieuse élevée et effort pendant un certain temps au-dessus de la moyenne ; cf. ATF 110 V 134 consid. 4d). Quant à l'intimée, elle n'a de toute manière pas droit à des dépens, contrairement à ce qu'elle a laissé entendre dans ses conclusions (cf. art. 61 let. f LPGA ; ATF 127 V 205 ; 126 V 143).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition d'U.\_\_\_\_\_ du 11 février 2013 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction supplémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme V. \_\_\_\_\_,
- Caisse d'assurance-maladie U. \_\_\_\_\_,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :