

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 septembre 2014

---

Présidence de M. MERZ, juge unique  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.M.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant,

et

**Y.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 64 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** L'enfant B.M.\_\_\_\_\_, née en 2009, fille de A.M.\_\_\_\_\_, (ci-après : le recourant), est assurée en assurance-maladie obligatoire des soins auprès de l'assureur- maladie Y.\_\_\_\_\_, (ci-après : l'intimée).

Le 14 mai 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a prodigué des soins à B.M.\_\_\_\_\_. Le montant des honoraires du médecin s'est élevé pour ses prestations à 220 fr. 60 selon facture du 21 mai 2013 portant le surtitre "justificatif de remboursement". Dans une lettre d'accompagnement du même jour avec bulletin de versement adressée aux parents d'B.M.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a noté ce qui suit :

"Le Docteur Q.\_\_\_\_\_ vous présente ses compliments et vous adresse ci-joint sa note d'honoraires pour laquelle il vous prie de déduire 10% du montant total : CHF 220.60 — 10% = CHF 199.-"

Le recourant a alors versé 199 fr. au Dr Q.\_\_\_\_\_ et demandé à l'intimée le remboursement des frais couverts par l'assurance obligatoire des soins.

Selon décompte de prestations du 6 août 2013, l'intimée n'a reconnu de la facture précitée que le montant versé de 199 francs. Après déduction de ce montant d'une participation aux frais de 19 fr. 80 fr. (10% de 199 fr.), elle a remboursé au recourant la somme de 179 fr. 20.

Par courriel du 12 septembre 2013, le recourant s'est adressé comme suit à l'intimée :

"J'ai remarqué qu'il m'avait été déduit 10% les remboursements des factures de mes enfants en plus des 10% de participation car mon médecin fait un rabais de 10% sur les dites factures. J'ai pris un contact téléphonique avec une de vos employé qui m'a justifié cela en utilisant la lamal article 56 alinéa 3 et 4 (selon les juristes de votre service).

J'ai également lu ces articles qui concernent les prestataires de soins et non pas les assurés. Votre interprétation est donc fautive et je vous prie de rembourser cette différence de 10 %. [...]

De plus, je vous rappelle que si vous êtes au courant de ces 10%, c'est suite à la lecture des BVR que je vous ai envoyés par erreur. Normalement, vous ne devriez tenir compte que du décompte lamal. [...]"

Par courriel du 9 octobre 2013, l'intimée a répondu au recourant ce qui suit :

"L'assurance sociale ne peut être en aucun cas une source d'enrichissement pour l'assuré. Par conséquent c'est à juste titre que nos remboursements ont lieu, pour vos enfants, sur la base des montants dont vous vous êtes réellement acquittés auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_. De ce fait, nos décomptes de prestations ont été établis conformément à nos obligations légales."

**B.** Contacté par le recourant, l'Ombudsman de l'assurance-maladie, P.\_\_\_\_\_, s'est prononcée dans une écriture du 26 novembre 2013 comme suit :

"Contrairement à ce que prétend la caisse, l'accord passé entre le Dr A.M.\_\_\_\_\_ et le médecin de ses enfants ne crée pas une situation de surindemnisation ou d'enrichissement. En effet, la caisse ne se trouve pas en concours avec un autre assureur social dont les prestations, cumulées aux siennes, dépasseraient le montant d'un dommage. Il n'y a pas non plus d'enrichissement du Dr A.M.\_\_\_\_\_ aux dépens de la caisse dans la mesure où seul le remboursement des prestations légales sous déduction de la participation aux coûts est attendu de celle-ci. L'on ne se trouve enfin pas non plus dans un cas de l'art. 56 al. 2 LAMal (répercussion par le fournisseur de prestations sur le débiteur de la rémunération d'avantages directs ou indirects perçus d'un autre fournisseur de prestations ou de personnes ou institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques) car le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne reçoit aucun avantage de quiconque en amont de la facturation de ses prestations.

L'accord passé entre les deux médecins correspond à notre sens à une remise de dette du Dr Q.\_\_\_\_\_ vis-à-vis du Dr A.M.\_\_\_\_\_ en ce sens que le premier se satisfait d'un remboursement de sa facture à hauteur de 90% au lieu des 100% auxquels il pourrait normalement prétendre. Il s'agit selon nous d'un accord qui échappe aux prérogatives de la caisse.

Au vu de ce qui précède, nous prions la caisse de rembourser les 90% des justificatifs de remboursements qui lui sont présentés, dans la mesure bien entendu où ils correspondent aux prestations fournies selon TARMED."

Par courrier du 12 décembre 2013, l'intimée a déclaré qu'elle ne se ralliait pas au point de vue de l'Ombudsman. S'il n'y avait certes pas d'enrichissement illégitime en l'espèce, il n'en demeurait pas moins que le bénéficiaire de l'assuré résidait dans le fait qu'il échapperait à la quote-part de 10% prévue par l'art. 64 LAMal, si elle ne tenait pas compte du rabais offert par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

A la demande du recourant, l'intimée a rendu en date du 31 janvier 2014 une décision formelle dans laquelle elle a maintenu son point de vue.

**C.** Par écriture du 4 février 2014, le recourant a formé opposition à cette décision. Il a notamment fait valoir ce qui suit :

"Tout d'abord, je tiens à préciser que ces 10% sont une pratique courante entre professionnels de la santé et qu'il est d'ailleurs prouvé que nous coûtions moins cher à l'assurance car nous nous soignons nous-mêmes ainsi que nos proches sans engendrer de frais. De plus, je n'ai jamais eu de problème (ni un de mes confrères d'ailleurs) avec cette façon de procéder [...].

Il est en effet prévu que l'assuré participe de 10% sur la facture Tarmed et je n'ai trouvé à aucun moment de notion comme quoi l'assureur pouvait décider de lui-même d'ajouter un nouveau 10% sur la déduction.

[...]

Concernant les éventuels enrichissements avec fraude aux assurances sociales et menaces de sanctions pénales, il est aisé de comprendre que 10% de rabais et 10% de participations sont une égalité parfaite (avec peut être parfois des variations de 5 centimes que je vous rétrocède volontiers) et que votre argumentation n'est dès lors pas recevable. Je concède que dans le cas d'une cote part atteinte, cela pourrait éventuellement se discuter de supprimer ce 10%, mais dans ce cas, la logique voudrait alors que je refuse ce 10% de la part de mon confrère et qu'ainsi la totalité de la somme lui revienne. Il n'a en effet pas été prévu par la loi qu'Y.\_\_\_\_\_ s'enrichisse sur des rabais via l'assurance de base ou qu'Y.\_\_\_\_\_ bénéficie de tarifs préférentiels sur le Tarmed, ce qui ressemblerait alors à du dumping.

Enfin, je trouve regrettable le temps perdu (et les frais occasionnés) par votre entêtement, alors même que l'Ombudsman des assurances sociales a tranché en ma faveur. [...]"

Par décision sur opposition du 28 avril 2014, l'intimée a rejeté l'opposition et confirmé son décompte de prestations du 6 août 2013.

**D.** Par acte du 21 mai 2014, A.M.\_\_\_\_\_ a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en prenant les conclusions suivantes :

"[...] Y.\_\_\_\_\_ doit revoir sa position et considérer la somme totale du décompte de prestations comme le montant brut sur lequel 10% est dû de participation et non pas la somme effectivement facturée sur le bulletin de versement."

Le recourant reprend pour l'essentiel les arguments retenus par l'Ombudsman.

Par réponse du 27 juin 2014, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle demande au Tribunal de dire qu'elle doit prendre en considération, dans le calcul de ses prestations, le montant réel facturé à ses assurés et de confirmer que tout rabais consenti en faveur d'un assuré doit être porté à l'assurance obligatoire des soins et de dire ainsi qu'elle a calculé ses prestations à juste titre sur le montant facturé au recourant, soit sur 199 fr., et de confirmer que le décompte de prestations du 6 août 2013 est correct et exempt de critiques.

Par écriture du 30 juin 2014, le Tribunal a imparti au recourant un délai au 20 août 2014 pour fournir, le cas échéant, notamment des explications complémentaires. Le recourant ne s'est plus prononcé jusqu'à la date du présent arrêt.

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

#### **1.**

**1.1** 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 (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent

(art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Le recourant en tant que père et représentant légal de l'enfant B.M. \_\_\_\_\_ peut recourir pour cette dernière contre la décision de l'intimée qui les touche lui et sa fille : vu qu'ils prétendent à un remboursement plus élevé de la part de l'intimée, ils ont un intérêt digne de protection au sens de l'art. 59 LPGA pour recourir.

**1.2** Dans la mesure où l'intimée a formulé des conclusions qui vont au-delà du cadre de la décision dont est recours, voire demande des constatations d'ordre général (cf. : "Dire qu'Y. \_\_\_\_\_ doit prendre en considération, dans le calcul de ses prestations, le montant réel facturé à ses assurés" et "Confirmer que tout rabais consenti en faveur d'un assuré [...]"), celles-ci ne sont pas recevables. L'objet du litige ne porte que sur la décision sur opposition du 28 avril 2014 et singulièrement sur le remboursement des frais de traitement prodigué à B.M. \_\_\_\_\_ par le Dr Q. \_\_\_\_\_ en date du 14 mai 2013, soit sur le décompte de prestations du 6 août 2013.

**1.3** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse de la présente cause étant inférieure à 30'000 fr., elle relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Comme évoqué au considérant 1.2 ci-dessus, le litige porte sur le montant du remboursement des frais pour le traitement d'B.M. \_\_\_\_\_ du 14 mai 2013 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, et plus singulièrement sur la

participation aux coûts dudit traitement par le recourant, respectivement par sa fille B.M.\_\_\_\_\_.

**2.1** Aux termes de l'art. 64 LAMal, dans sa version en vigueur en 2013, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (al. 2 let. a et b). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (al. 3). Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte (al. 4). La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées (al. 8).

Les alinéas 5, 6 et 7 de l'art. 64 LAMal concernent des constellations qui ne sont pas déterminantes en l'espèce (hospitalisation, maternité et exceptions possibles de la part du Conseil fédéral).

A l'art. 103 al. 1 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie; RS 832.102), le Conseil fédéral a fixé la franchise prévue à l'art. 64 al. 2 let. a LAMal à 300 fr. par année civile. Les assureurs peuvent pratiquer une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée avec des primes adaptées en fonction de la franchise choisie (franchise à option; cf. art. 93 et 95 OAMal).

Quant au montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64 al. 2 let. b LAMal, le Conseil fédéral l'a fixé à 700 fr. pour les adultes et à 350 fr. pour les enfants (art. 103 al. 2 OAMal). La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part (art. 103 al. 3 OAMal).

**2.2** En substance, le recourant est d'avis que la participation aux coûts prévue par l'art. 64 LAMal doit se faire sur la base de la facture établie selon le tarif médical TARMED et que les rabais que le médecin lui accorde sur ce tarif ne doivent pas être pris en compte par l'assurance-maladie en diminuant le remboursement des frais. Selon lui, l'assurance doit donc procéder à la rectification de son décompte et au remboursement des frais sans égard au rabais accordé par le médecin traitant.

Les parties sont unanimes quant au fait que le Dr Q. \_\_\_\_\_ a établi sa facture, avant rabais, selon TARMED et il n'y a pas de raison de remettre ce point en cause.

**2.3** TARMED est une convention-cadre conclue le 5 juin 2002 entre J. \_\_\_\_\_ (association faîtière des assureurs-maladie suisses) et la Fédération des médecins suisses (FMH). Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, cette convention concerne notamment les tarifs médicaux pour les traitements ambulatoires.

Selon l'art. 43 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix. Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (principe de la protection tarifaire; art. 44 al. 1 LAMal).

Ainsi, les médecins liés par TARMED ne peuvent pas demander une rémunération supérieure au tarif, mais sont libres de facturer un montant inférieur au tarif. Selon l'art. 56 al. 3 LAMal, les médecins, en tant que fournisseurs de prestations, doivent même répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'ils perçoivent

notamment d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat. Un des buts de cette disposition consiste à faire profiter directement les patients qui paient eux-mêmes leurs traitements ou indirectement — lorsque l'assureur prend en charge les frais — en faisant baisser les primes d'assurance-maladie des assurés (cf. Tribunal fédéral [TF] 2C\_92/2011 arrêt du 12 avril 2012 consid. 3.6; Message du Conseil fédéral du 1<sup>er</sup> mars 1999 concernant une loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux, in : Feuille fédérale [FF] 1999 III 3214 ch. 22.03.5 in fine; Ioannis Athanasopoulos, *Fehlbare Leistungserbringer in der Krankenversicherung*, Zurich 2013, pp. 97ss, n. 198).

**2.4** L'institution de la participation aux frais selon l'art. 64 LAMal — et auparavant selon l'art. 14bis LAMA (Recueil officiel [RO] 1964 961) dont s'est inspirée la disposition actuelle (cf. message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, in : FF 1992 I 177 ad art. 56 du projet de loi) — vise à alléger les charges financières des caisses-maladie et ainsi également des assurés en tant que débiteurs des primes d'assurance en faisant supporter aux assurés qui demandent des prestations tout ou partie des frais occasionnés. Par ailleurs, par ce moyen, chaque assuré a intérêt à une guérison rapide, ce qui est de nature à contribuer à une diminution de la durée des traitements et des frais y relatifs. Il s'agit, dans l'esprit du législateur, d'un instrument destiné à combattre la surconsommation médicale et à instaurer un frein aux frais médicaux (ATF 109 V 139 consid. 2c p. 143; Alfred Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Francfort 1996, p. 148; Guy Longchamp, *Conditions et étendues du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale*, Berne 2004, p. 224; cf. aussi message précité du Conseil fédéral du 6 novembre 1991, in : FF 1992 I 177 ad art. 56 du projet de loi).

**2.5** Au vu de ce qui précède, le recourant doit en tous les cas prendre à sa charge 10% des frais dont le médecin traitant demande le paiement. Si aucune franchise n'a été convenue pour sa fille, le montant maximal annuel de la participation aux frais, comme quote-part pour elle, est de 350 fr., montant qui n'avait à l'évidence pas encore été atteint lors

du traitement du 14 mai 2013. Certes, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait accordé non pas à l'intimée, mais au recourant en tant que collègue médecin un rabais de 10% sur le montant total de sa facture de soins. Le recourant fait remarquer à juste titre que, dans cette mesure, il ne s'agit pas d'un avantage au sens de l'art. 56 al. 3 LAMal. Le fait que l'intimée avait dans un premier temps fondé son point de vue sur cette disposition, ne change toutefois rien au résultat. Au plus tard dans sa réponse du 12 décembre 2013 à l'Ombudsman, puis dans sa décision formelle du 31 janvier 2014, l'intimée a corrigé une éventuelle erreur de motivation en invoquant l'art. 64 LAMal, disposition à laquelle elle s'est également référée dans sa décision sur opposition.

Le rabais accordé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ aurait été uniquement à l'avantage du recourant si celui-ci avait entièrement pris à sa charge les frais de traitement, par exemple eu égard au choix d'une franchise à option, dont le montant maximum n'avait pas encore été atteint (cf. art. 93 OAMal précité). Cependant, dès lors que le recourant a demandé à l'intimée le remboursement des frais du traitement du 14 mai 2013, il lui incombe de prendre à sa charge, comme tout assuré selon l'art. 64 al. 1 et al. 2 let. b LAMal, 10% des coûts effectifs, soit en l'espèce, vu les art. 64 al. 4 et 103 al. 2 OAMal, jusqu'à concurrence de 350 fr. de participation aux coûts. Compte tenu du rabais accordé par le Dr Q.\_\_\_\_\_, les coûts effectifs du traitement médical se chiffrent à 199 francs. Dans cette mesure, il est vrai que le rabais de 10% accordé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne profite que très partiellement au recourant lui-même, puisqu'il lui est demandé la prise en charge d'une quote-part de 19 fr. 80; sans le rabais accordé, cette quote-part aurait été de 22 fr. 10 (10% de 220 fr. 60 arrondi au centime supérieur). Cela ne change toutefois rien au fait que l'intimée a, à bon droit, tenu compte du rabais dans son décompte de prestations.

Admettre que l'intimée n'était pas autorisée à prendre en considération le rabais de 10% accordé par le médecin traitant signifierait que le recourant n'aurait en définitive aucune participation aux coûts à sa charge sur le montant du rabais accordé. Cela serait contraire à l'art. 64 LAMal qui demande que chaque assuré participe aux coûts, notamment

pour alléger les charges financières des caisses-maladie et, partant les primes d'assurance des assurés. Cette volonté absolue du législateur ressort aussi de l'art. 64 al. 8 LAMal qui exclut la prise en charge de la participation aux coûts par d'autres personnes ou institutions que les assurés.

Le recourant fait valoir, qu'en tant que médecin, lui et sa famille coûtent moins cher à l'assurance puisqu'il soigne ses proches et lui-même sans engendrer de frais. La loi ne prévoit toutefois pas de distinction à ce sujet. Il y aurait par ailleurs une inégalité de traitement par rapport à d'autres personnes qui essayent également de se soigner elles-mêmes, voire qui n'occasionnent pas ou que peu de frais de traitement. Ee plus, on ne saurait pas où poser les limites pour une telle différence de traitement selon les frais engendrés, vu que cette distinction n'est ni prévue, ni réglée par la loi.

Dans la mesure où le recourant renvoie à l'avis de l'Ombudsman, il est à retenir que celui-ci ne s'est en définitive pas prononcé au sujet de l'application de l'art. 64 LAMal, mais uniquement sur l'art. 56 al. 2 (recte : al. 3) LAMal et sur la question d'une surindemnisation ou d'un enrichissement. Le point déterminant est en l'espèce toutefois moins un enrichissement ou une surindemnisation que celui de la participation aux frais de traitement médical tel que prévu par la loi. Le recourant ne saurait pas non plus recourir à l'argument que l'accord passé entre lui et le Dr Q. \_\_\_\_\_ correspond à une remise de dette. L'obligation de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal ne peut être contournée par la construction juridique d'une remise de dette. Un tel argument (remise de dette) aurait tout au plus pu être déterminant si cette remise avait eu lieu après la facturation des prestations en raison de réelles difficultés de paiement de la part du recourant, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (cf. pour une éventuelle analogie l'art. 4 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.111] concernant une remise si l'intéressé se trouve dans une "situation difficile").

**2.6** En conclusion, l'intimée a à juste titre pris en compte le rabais accordé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ pour procéder au calcul de la participation aux coûts du recourant selon l'art. 64 LAMal. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté, la décision sur opposition du 28 avril 2014 étant confirmée.

**3.** La procédure judiciaire devant le tribunal cantonal des assurances étant en principe gratuite, il n'est pas prélevé de frais judiciaires (cf. art. 61 let. a LPGA). Le recourant n'obtenant pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, ni l'intimée par ailleurs en tant qu'assurance sociale (cf. art. 61 let, g LPGA; ATF 126 V 143; 127 V 205).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue par Y.\_\_\_\_\_ le 28 avril 2014 est confirmée.
- 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 :

- A.M.\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains,
- Y.\_\_\_\_\_, à Lausanne,
- 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 :