

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 février 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, juge unique  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc,  
avocat à Château-d'Oex,

et

**MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny (VS), intimée.

---

**Art. 25 al. 1, 74, 75 et 99 LPA-VD ; 89 al. 1 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** Pour l'année 2015, P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) était assurée pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse ou l'intimée).

Entre le 16 janvier 2014 et le 12 juin 2014, l'assurée a suivi un traitement de physiothérapie auprès de B. \_\_\_\_\_, à Lausanne. Celui-ci est membre de l'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ci-après : l'ASPI) et a adhéré le 31 janvier 2014 à la convention tarifaire nationale entre les clients de tarifsuisse sa et l'ASPI. A ce titre, B. \_\_\_\_\_ est adhérent à la Convention tarifaire ASPI concernant les prestations de physiothérapie à charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) du canton de Vaud du 1<sup>er</sup> novembre 2013 passée entre l'ASPI et les assureurs-maladie représentés par tarifsuisse sa, dont la caisse (ci-après : convention tarifaire ASPI).

Le 27 novembre 2014, B. \_\_\_\_\_ a adressé sa note d'honoraires pour le traitement de physiothérapie précité directement à l'assurée. Ce traitement totalisait 432 points facturés 0.97 cts le point, soit un montant dû de 416 fr. 65. La note d'honoraires incorporait une cession de créance, signée de B. \_\_\_\_\_, dont le libellé était le suivant :

« Cession de la créance du fournisseur de soins en faveur de son patient (débiteur de ses honoraires). La présente facture devra être réglée en tiers-garant par le versement des prestations dues directement à l'assuré, en exécution de la présente cession. »

L'assurée a fait suivre cette note d'honoraires à la caisse pour remboursement. Dans le décompte de prestations envoyé à l'assurée le 29 décembre 2014, la caisse a retenu une valeur de point de 0.92 cts, soit la valeur fixée dans le canton de Vaud dans le système du tiers garant et refusé ainsi le remboursement de 19 fr. 20.

Entre le 2 octobre 2014 et le 27 novembre 2014, l'assurée a de nouveau suivi un traitement de physiothérapie auprès de B.\_\_\_\_\_.

Le 10 février 2015, B.\_\_\_\_\_ a adressé sa note d'honoraires pour le traitement de physiothérapie précité directement à l'assurée. Ce traitement totalisait 360 points facturés à 0.97 cts le point, soit un montant dû de 349 fr. 20. La note d'honoraires incorporait une cession de créance, signée de B.\_\_\_\_\_, dont la teneur était identique à celle figurant dans la note d'honoraires du 27 novembre 2014.

L'assurée a fait suivre cette note d'honoraires à la caisse pour remboursement. Dans le décompte de prestations envoyé à l'assurée le 27 février 2015, la caisse a retenu une valeur de point de 0.92 cts, soit la valeur fixée dans le canton de Vaud dans le système du tiers garant et refusé ainsi le remboursement de 18 francs.

Le 26 février 2015, Groupe C.\_\_\_\_\_ SA, et par lui la caisse, a saisi la Commission paritaire ASPI - tarifsuisse sa (ci-après : la commission paritaire) du litige l'opposant à B.\_\_\_\_\_ relatif à la valeur du point lors de facturations selon le système du tiers garant. Cette procédure est toujours pendante.

En date du 8 avril 2015, l'assurée a contesté les décomptes de prestations des 29 décembre 2014 et 27 février 2015 quant à la valeur du point retenue et requis de la caisse l'application de la valeur du point fixée par la convention tarifaire ASPI, soit 0.97 cts. Elle réclamait ainsi le remboursement de la différence, soit 37 fr. 20, à défaut la notification d'une décision formelle.

Le 20 mai 2015, la caisse a rendu une décision formelle, confirmant le refus de rembourser le montant retenu sur chacun des deux décomptes de prestations. Elle observait que le fournisseur de prestations n'avait pas respecté les obligations prévues par la convention tarifaire ASPI, plus particulièrement le mode de facturation selon le système du tiers payant pour les prestations à charge de l'assurance obligatoire. Le

tarif conventionnel n'était ainsi pas applicable, raison pour laquelle le tarif cantonal fixant la valeur du point à 0.92 cts s'imposait.

Agissant par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a interjeté opposition contre cette décision le 4 juin 2015. Elle a fait valoir que la convention tarifaire ASPI ne fixait pas une valeur de point différente selon que l'on se trouvait dans le régime du tiers payant ou du tiers garant et que ladite convention n'excluait pas ce dernier régime. Selon l'assurée, les dispositions du CO (Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220) régissant la cession de créance étaient applicables en présence d'une cession des droits du fournisseur de prestations en faveur d'un patient désireux d'être soumis au régime du tiers garant, la cessibilité des créances étant présumée en l'absence d'interdiction légale et la LAMal ne réglementant pas une telle cession.

Le 22 juin 2015, la caisse a rendu une décision d'ordonnancement dans le sens d'une suspension de la procédure consécutive à l'opposition de l'assurée à sa décision du 20 mai 2015, ce jusqu'à droit connu sur la procédure pendante devant la commission paritaire.

**B.** Par acte du 25 juin 2015, l'assurée a recouru contre cette décision. Elle estime présenter un intérêt légitime à être fixée sans attendre sur ses droits d'assurée en sa qualité de patiente de B. \_\_\_\_\_ et considère que la Cour de céans serait compétente dans l'hypothèse d'un recours contre la décision sur opposition à venir, sans être liée ni par la décision de la commission paritaire, ni cas échéant par celle du tribunal arbitral. Par ailleurs, la recourante se fonde sur la jurisprudence rendue en matière de litige entre assureur et assuré relatif au tarif médical applicable (ATF 124 V 128) pour soutenir l'existence parallèle de deux voies de droit, soit celle du recours devant le tribunal cantonal des assurances et celle de l'action devant le tribunal arbitral, le risque de décisions judiciaires contradictoires pouvant être prévenu par une suspension de la procédure introduite devant la seconde autorité saisie. Sur le fond, la recourante fait valoir que la convention tarifaire ASPI prévoit le régime du tiers payant et

qu'en outre, elle n'interdit pas la cession de créance. Il s'ensuit que les droits cédés par le fournisseur de soins en faveur de l'assurée à l'encontre de l'assureur sont les mêmes que ceux dont il dispose lui-même vis-à-vis de celui-ci, si bien que l'assureur reste tenu de s'acquitter en faveur de l'assurée des prestations selon le tarif prévu par la convention, soit 0.97 cts la valeur du point. Il en irait de même en cas de nullité éventuelle de la cession, à la différence près que s'appliquerait le régime conventionnel du tiers payant, soit que l'assureur serait le débiteur du fournisseur de soins, toujours au tarif prévu par la convention. La recourante conclut dès lors, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, la caisse intimée étant invitée à statuer sans délai - ou à tout le moins dans un délai raisonnable - sur l'opposition formée en date du 4 juin 2015.

Dans sa réponse du 27 août 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Se référant aux dispositions de la convention tarifaire ASPI, elle observe qu'au vu du mode de facturation utilisé en l'espèce, l'assureur n'est tenu qu'à une prise en charge limitée à 0.92 cts le point. Par ailleurs, la décision du 20 mai 2015 étant une décision négative, donc dépourvue d'effet suspensif, elle est applicable nonobstant le recours contre la décision de suspension de procédure. Enfin, l'intimée soutient qu'elle pourrait être appelée à représenter son assurée devant le tribunal arbitral si cette instance était saisie de la procédure l'opposant au fournisseur de soins et qu'au vu de la procédure instituée par l'art. 89 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), la Cour de céans n'aurait pas la compétence de se prononcer sur la valeur du point à appliquer, sans compter le risque d'être confronté à des jugements contradictoires.

Cette écriture a été transmise à la recourante avec un délai pour se déterminer dont elle n'a pas fait usage.

Il sera revenu ci-après sur les arguments des parties dans la mesure utile.

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

**1. a)** 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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal).

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, tout comme le refus de rendre une décision.

**b)** Les décisions portant sur l'ordonnancement de la procédure – au sens de décisions incidentes (cf. Thierry Tanquerel, Manuel de droit administratif, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 828 p. 284 s. ; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 46 ad art. 52 LPGA p. 691) – ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition (cf. art. 52 al. 1 LPGA), de sorte qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les cantons (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 418 consid. 2).

**c)** Compétente pour connaître du contentieux en matière d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie qui opposerait

l'assurée à Mutuel Assurance Maladie SA s'agissant de l'octroi de prestations selon la LAMal, la Cour de céans l'est également pour connaître du présent recours incident.

De même que le caractère onéreux ou gratuit de procédures afférentes à des incidents soulevés en cours d'instance est lié au caractère onéreux ou gratuit de la procédure principale (TF 9C\_905/2007 du 15 avril 2008), de même doit-on considérer que la présente décision incidente relève de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique, la valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En vertu des art. 74 et 75 LPA-VD (applicables par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), pour pouvoir recourir en instance cantonale à l'encontre de telles décisions, le recourant doit non seulement disposer d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée, mais il faut de surcroît que les décisions incidentes notifiées séparément puissent causer un préjudice irréparable au recourant ou que l'admission du recours puisse conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse. Cette seconde condition alternative n'entre à l'évidence pas en considération.

Un préjudice ne peut être qualifié d'irréparable que s'il cause un inconvénient de nature juridique ; tel est le cas lorsqu'une décision finale même favorable au recourant ne le ferait pas disparaître entièrement, en particulier lorsque la décision incidente contestée ne peut plus être attaquée avec la décision finale, rendant ainsi impossible le contrôle par le Tribunal fédéral ; en revanche, un dommage de pur fait, tel que la prolongation de la procédure ou un accroissement des frais de celle-ci, n'est pas considéré comme un dommage irréparable de ce point de vue. Il appartient au recourant d'alléguer et d'établir la possibilité que la décision préjudicielle ou incidente lui cause un dommage irréparable, à moins que celui-ci ne fasse d'emblée aucun doute (ATF 134 III 188 consid. 2.1 ; 133 III 629 consid. 2.3.1 et les arrêts cités).

**b)** La décision formelle de l'intimée du 20 mai 2015 est une décision négative en tant qu'elle refuse le remboursement à la recourante d'une partie de la note d'honoraires de B.\_\_\_\_\_. S'agissant d'une décision négative, la notion d'effet suspensif n'a pas de sens (cf. ATF 126 V 407 consid. 3b et 3c ; Thierry Tanquerel, op. cit., n° 1394 p. 458). Plus particulièrement, les effets de la décision du 20 mai 2015 ne sont pas susceptibles d'être suspendus pendant la procédure d'opposition. En conséquence, la décision de suspension attaquée ne déploie aucun effet sur la décision du 20 mai 2015.

A cela s'ajoute que quelle que soit l'issue de la procédure ouverte devant la commission paritaire, la recourante ne subit aucun préjudice qui ne pourrait être réparé ultérieurement. Dans l'hypothèse où la valeur du point était fixée à 0,97 cts, il incomberait à l'intimée de rembourser à la recourante le montant litigieux et si cette valeur était fixée à 0,92 cts, il appartiendrait à la recourante de se retourner contre son fournisseur de soins. La recourante fait valoir un dommage de pur fait qui ne saurait être considéré comme un dommage irréparable. Son recours est dès lors irrecevable.

Par surabondance de droit, on relèvera que l'art. 25 al. 1 LPA-VD, qui régit la suspension de cause, ne restreint pas cette décision à l'existence d'une autre procédure judiciaire mais la subordonne à l'existence de justes motifs, de telle sorte que l'argument de la recourante quant à l'absence de pouvoir décisionnel de la commission paritaire, respectivement de saisine d'une autre instance judiciaire, tombe à faux.

La décision d'ordonnancement litigieuse ne viole par ailleurs pas le principe de célérité. La suspension de procédure n'est pas prononcée sine die, ni pour une durée indéterminée. La reprise de la procédure ne dépend pas d'un événement incertain sur lequel les parties n'ont aucune prise, l'intimée étant à l'origine de la saisine de la commission paritaire. Enfin, la recourante ne démontre pas objectivement être exposée au risque, à terme, d'une violation de la garantie du

jugement dans un délai raisonnable (art. 29 al. 1 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]).

**c)** S'agissant de la compétence de la Cour de céans pour trancher l'objet litigieux, la recourante se fonde sur la jurisprudence, soit l'ATF 124 V 128, pour soutenir que cette compétence est acquise. L'arrêt précité spécifie qu'en matière de litige entre une caisse et un assuré sur le tarif applicable à un acte médical, l'assuré doit ou bien saisir le tribunal cantonal des assurances ou bien requérir la caisse de saisir le tribunal arbitral cantonal. Cependant, dans le cas soumis au Tribunal fédéral, la valeur de l'acte médical n'avait été fixée ni par l'autorité, ni par convention tarifaire, au contraire de la situation prévalant dans la présente cause de telle sorte qu'on ne saurait a priori se fonder sur cette jurisprudence pour admettre la compétence de la Cour de céans.

Cette question peut rester néanmoins ouverte, au vu de la jurisprudence considérant que lorsque le fournisseur de prestations se fait céder par l'assuré le droit au remboursement de la rémunération du fournisseur, il doit faire valoir le droit au remboursement dans la même procédure que celle qu'aurait eue à disposition l'assuré, le fournisseur de prestations invoquant une créance propre à l'assuré qu'il fait valoir uniquement en raison de la cession de cette prétention par celui-ci et ne fait que se substituer au créancier cédant en acquérant la titularité de la créance (TF 9C\_320/2010 du 2 décembre 2010 consid. 4.4). En l'espèce, cette jurisprudence est applicable mutatis mutandis en présence d'une cession par le fournisseur de soins de sa créance contre l'assureur à l'assurée. Aussi, et pour autant que la cession incriminée puisse être considérée comme licite, la contestation portant sur la valeur du point ne peut être portée que devant le tribunal arbitral, autorité seule compétente à juger les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations (art. 89 al. 1 LAMal). L'absence de qualité pour agir de la recourante devant le tribunal arbitral est sans incidence, l'art. 89 al. 1 LAMal étant une disposition impérative qui ne saurait être vidée de sa substance par une cession de créance.

**3.** Le recours est ainsi irrecevable et la cause doit être rayée du rôle. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Quoique l'intimée obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part de la recourante. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant la juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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

- I. Le recours est irrecevable.
- II. La cause est rayée du rôle.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Louis Duc, avocat (pour P. \_\_\_\_\_),
- Mutuel Assurance Maladie SA,
- 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 :