

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2016

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

Cause pendante entre :

W._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc,
avocat à Château-d'Oex,

et

AVENIR 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 les années 2014 et 2015, W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) était assurée pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie auprès d'Avenir Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse ou l'intimée).

Entre le 28 avril 2014 et le 11 juin 2014, l'assurée a suivi un traitement de physiothérapie auprès de V. _____, 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, V. _____ 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^{er} novembre 2013 passée entre l'ASPI et les assureurs-maladie représentés par tarifsuisse sa, dont la caisse (ci-après : convention tarifaire ASPI).

Le 10 octobre 2014, V. _____ 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.

L'assurée a fait suivre cette note d'honoraires à la caisse pour remboursement. Dans le décompte de prestations envoyé à l'assurée le 21 novembre 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 18 francs.

Entre le 6 novembre 2014 et le 3 février 2015, l'assurée a de nouveau suivi un traitement de physiothérapie auprès de V. _____.

En date du 26 février 2015, Groupe K. _____ SA, et par lui la caisse, a saisi la Commission paritaire ASPI - tarifsuisse sa (ci-après : la

commission paritaire) du litige l'opposant à V._____ relatif à la valeur du point lors de facturations selon le système du tiers garant. Cette procédure est toujours pendante.

Le 30 avril 2015, V._____ a adressé sa note d'honoraires pour le traitement de physiothérapie précité directement à l'assurée. Ce traitement totalisait 456 points facturés à 0.97 cts le point, soit un montant dû de 442 fr. 30. La note d'honoraires incorporait une cession de créance, signée de V._____, dont le libellé était le suivant :

« Cession de la créance du fournisseur de soins en faveur de son patient (débitéur 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 5 juin 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 12 fr. pour l'année 2014 et de 9 fr. 60 pour l'année 2015. A cela s'ajoutait un montant de 23 fr. 25, représentant la position 7350 qui ne pouvait être facturée que pour le premier traitement en l'espace de 36 séances.

En date du 23 juin 2015, l'assurée a contesté les décomptes de prestations des 21 novembre 2014 et 5 juin 2015 quant à la valeur du point retenue et a requis de la caisse l'application de la valeur du point fixée par la convention tarifaire ASPI, soit 0.97 cts. Elle a également critiqué le non remboursement de la position 7350, réclamant ainsi le remboursement de la somme totale de 41 fr. 25, à défaut la notification d'une décision formelle.

Le 5 août 2015, la caisse a rendu une décision formelle confirmant l'exactitude de ses décomptes des 21 novembre 2014 et 5 juin 2015. Elle observait en substance 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 21 août 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. A son avis, le fait que la cession de créance fût valable ou non n'avait pas d'incidence sur la valeur du point. Ainsi, en cas de validité de la cession, la caisse serait tenue de lui verser les mêmes prestations que celles dues à V._____ conformément à la convention, soit en appliquant une valeur du point à 0.97 cts. A l'inverse, si la caisse devait considérer que la cession de créance était nulle, elle ne saurait verser des prestations réduites à l'assurée mais se devait de verser les honoraires dus directement à V._____ en tiers payant, selon le tarif conventionnel du point fixé à 0.97 cts.

Le 9 octobre 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 5 août 2015, ce jusqu'à droit connu sur la procédure pendante devant la commission paritaire.

B. Par acte du 13 octobre 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 V._____ et considère que la Cour de céans serait compétente dans l'hypothèse d'un recours contre la décision sur opposition à venir. La recourante se fonde par ailleurs 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. Elle 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 21 août 2015.

Dans sa réponse du 2 décembre 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 par le fournisseur de soins, l'assureur n'est tenu qu'à une prise en charge limitée à 0.92 cts le point. Par ailleurs, la décision du 5 août 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.

Dans ses déterminations du 16 décembre 2015, la recourante explique que la convention tarifaire ASPI prévoit, à certaines conditions, la possibilité pour un assureur de négocier avec le fournisseur de prestations un mode de facturation dérogeant au régime du tiers payant en faveur de celui du tiers garant. Or, l'intimée n'a pas proposé à V._____ un tel accord mais s'est contentée de refuser d'entrer en matière « sur la demande de conclure un accord dérogeant au régime du tiers payant ». De plus, la convention tarifaire ASPI ne fixe pas la valeur du point en fonction de l'un ou l'autre de ces deux modes de facturation, mais comporte une seule valeur de 0.97 cts le point qui doit s'appliquer à tout fournisseur de prestations ayant adhéré à l'accord, ce qui est le cas de V._____. Quant à la cession de créance en faveur de l'assurée, elle ne ferait pas obstacle au paiement par l'intimée des factures établies par V._____ avec une valeur du point fixée à 0.97 cts. En conséquence, la recourante maintient intégralement ses conclusions.

S'exprimant une ultime fois par pli du 22 janvier 2016, l'intimée relève qu'il sied de suspendre toute décision sur opposition statuant sur la prise en charge des prestations au tarif de 0.97 cts le point au lieu de 0.92 cts le point, compte tenu du fait qu'une procédure a été ouverte par l'assureur auprès de la commission paritaire. Elle observe ensuite que, dans la mesure où elle a refusé de conclure un accord avec le fournisseur de prestations dérogeant au régime du tiers payant (prévu par la convention tarifaire), il n'y a pas lieu de remettre en cause le fait que les notes d'honoraires avaient été établies en tiers garant, étant donné qu'elles étaient libellées au nom de l'assurée qui les a payées puis envoyées à l'intimée pour remboursement. Elle rappelle enfin que le litige porte sur le tarif applicable, de sorte que l'on ne saurait admettre que le fait d'adresser la facture à l'assurée et non pas à l'assureur (comme convenu dans la convention tarifaire) puisse modifier le contenu de cette convention. Partant, l'intimée conclut derechef au rejet du recours.

Cette écriture a été transmise pour information à la recourante, qui n'a pas procédé plus avant.

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^e 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 Avenir 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 5 août 2015 est une décision négative en tant qu'elle refuse le remboursement à la recourante d'une partie de la note d'honoraires de V._____. 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 5 août 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 5 août 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]).

Au surplus, l'argument de la recourante selon lequel, aux termes de la convention tarifaire ASPI (art. 9 al. 2), l'assureur peut négocier avec le fournisseur de prestations un accord prévoyant le système du tiers garant ne lui est d'aucun secours, dans la mesure où il repose sur une hypothèse non réalisée dans le cas présent. Il s'ensuit que ce grief ne sera pas examiné plus avant. On peut du reste se demander s'il n'incombait pas au fournisseur de prestations de saisir la commission

paritaire s'il entendait contester le refus de l'assureur. Point n'est toutefois besoin de trancher cette question dans le cadre de la présente procédure.

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'assuré. 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 W. _____),
- Avenir 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 :