

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt préjudiciel du 12 février 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Durussel, juge, et Dormond Béguelin, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

C. _____, à Martigny, intimée.

Art. 24 al. 1 LPG

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est atteinte de cervicalgies et brachialgies chroniques. Elle a demandé, à son assurance-maladie C. _____ (ci-après : C. _____ ou l'intimée), la prise en charge d'un traitement de chiropraxie. Ce traitement est suivi, pour l'essentiel, chez le Dr F. _____, chiropraticien à [...].

Par décision du 27 août 2010, C. _____ a, dans un premier temps, accepté de prendre en charge le traitement de manière limitée, à raison de trente-six séances par année de chiropraxie et de physiothérapie.

L'assurée, représentée par l'Association suisse des assurés (Assuas) agissant par l'intermédiaire de Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, s'est opposée le 6 septembre 2010 à cette décision en exigeant la prise en charge de deux séances par semaine au minimum.

L'assurée a poursuivi son traitement (130 séances en 2010, 144 en 2011, 145 en 2012 et 120 en 2013 ; cf. rapport médical du 22 novembre 2013 du Dr F. _____ au médecin-conseil de C. _____).

Après avoir relancé l'assureur-maladie le 4 novembre 2015, l'assurée a finalement recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : la Cour de céans), par acte du 21 février 2017. Elle se plaignait de déni de justice, mais concluait également au paiement d'un montant de 82'039 fr. 40, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} août 2013 pour le traitement de chiropraxie suivi de mars 2010 à janvier 2017. Elle a produit diverses factures du Dr F. _____ ainsi que d'autres praticiens. L'acte de recours, ainsi que les pièces produites, ont été communiqués à C. _____ le 22 février 2017.

Par arrêt du 2 mai 2017 (CASSO AM 13/17 - 15/2017), la Cour de céans a déclaré irrecevables les conclusions en paiement et a admis le

recours pour déni de justice. Elle a invité l'assureur-maladie à statuer sans retard sur l'opposition à la décision du 27 août 2010, en précisant quelles étaient les factures qui étaient prises en charge, lesquelles étaient refusées et, cas échéant, pour quels motifs.

b) A la suite de cet arrêt, C._____ a rendu une décision sur opposition le 27 juillet 2017. L'assureur-maladie y refuse le paiement de toutes les prestations facturées antérieurement au 22 février 2012, au motif que la créance de l'assurée serait périmée, dès lors que les factures en question n'auraient été reçues qu'avec la notification de l'acte de recours du 21 février 2017 par la Cour de céans, soit le 22 février 2017. A cet égard, l'assureur mentionne expressément dix factures des Drs B._____, R._____, D._____, P._____, G._____ et Q._____, toutes adressées à l'assurée avant le 22 février 2012. L'assureur-maladie refuse également le paiement des prestations du Dr F._____ pour la période de mars 2010 jusqu'au 25 janvier 2017 en l'absence de facture de soins émise par le Dr F._____ et produite par l'assurée. Il ajoute que de toute façon, la créance en remboursement des frais de traitement mentionnés dans le décompte produit par l'assurée, pour des soins qui auraient été prodigués entre 2010 et le 22 février 2012, serait périmée. Enfin, l'assureur mentionne avoir déjà pris en charge un certain nombre de factures émises dès le mois de juillet 2012 par les Drs P._____, B._____, H._____, W._____, E._____ et R._____. Trois factures du Dr F._____, émises en 2016, sont également mentionnées parmi les factures acquittées par l'assureur-maladie. Pour le surplus, l'assureur conteste le caractère efficace, économique et adéquat des traitements dont la prise en charge est demandée.

B. Par acte du 8 septembre 2017, A._____ a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour de céans en concluant au paiement, par C._____, d'un montant de 82'039 fr. 40, avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} août 2013 (échéance moyenne), « sous déduction des montants dont le remboursement a été annoncé dans la décision querellée ». Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction et / ou décision dans le sens

des considérants. Elle produit notamment une facture du 27 février 2014 du Dr F._____, portant sur un montant de 50'457 fr. pour des soins prodigués entre le 8 février 2010 et le 25 février 2014, une facture du 9 avril 2014 du Dr F._____, portant sur un montant de 1'082 fr. 40 pour des soins prodigués du 28 février au 8 avril 2014, une facture du 22 juillet 2014 du Dr F._____, portant sur un montant de 2'688 fr. 40 pour des soins prodigués du 11 avril au 18 juillet 2014, une facture du 2 septembre 2015 du Dr F._____, portant sur un montant de 9'011 fr. 20 pour des soins prodigués du 22 juillet 2014 au 22 juin 2015, ainsi que diverses autres factures, dont celles qui seraient restées impayées portent toutes sur des soins prodigués postérieurement au mois de juin 2015.

Dans sa réponse du 13 novembre 2017, C._____ propose le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. L'assureur soutient que dans le rapport médical du 22 novembre 2013 à son médecin-conseil, le Dr F._____ avait précisé avoir « décidé de garder les factures assumant complètement les frais du traitement en cours ». Aucune facture n'avait été transmise à l'assureur jusqu'au 10 juin 2016. Les factures émises dès cette date correspondaient à la limitation des prestations admises par l'assureur et avaient été réglées. Pour le surplus, l'assureur-maladie maintient que pour toutes les factures antérieures au 22 février 2012 et qui ne lui ont été transmises qu'en février 2017 avec le recours interjeté à l'époque devant la Cour de céans, la créance éventuelle de la recourante est périmée. Il maintient également que les prestations du Dr F._____ n'étaient pas efficaces, adéquates et économiques. Enfin, il objecte que les factures transmises à la recourante par ses médecins n'ont vraisemblablement jamais été acquittées par cette dernière, de sorte qu'elle ne peut pas en demander le remboursement par son assurance-maladie.

Dans leurs écritures ultérieures, les parties ont chacune maintenu leurs positions respectives.

C. Le 9 avril 2019, le juge instructeur a informé de la tenue d'une audience de débats pour permettre aux parties de s'exprimer, comme l'a

demandé la recourante, sur la question préjudicielle de la péremption de tout ou partie des factures litigieuses. Ce magistrat a rejeté la requête d'audition du Dr F. _____ comme témoin pour statuer sur la question préjudicielle, sous réserve d'un avis contraire de la Cour.

Une audience de jugement a eu lieu le 23 mai 2019. La conciliation a été tentée. Il a été convenu que les parties plaident, mais que le tribunal attendrait ensuite trente jours avant de rendre son jugement préjudiciel, pour permettre aux parties de poursuivre leurs discussions transactionnelles. Le délai a été régulièrement prolongé à la demande des parties jusqu'au 10 février 2020. Les parties n'ont pas trouvé d'accord jusqu'à cette date.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. L'intimée soutient que la créance éventuelle de la recourante est pour l'essentiel périmée. Le présent arrêt a pour objet de statuer préjudiciellement sur cette question.

3. a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En ce qui concerne la créance d'un assuré, contre son assurance-maladie, en remboursement des factures de ses médecins dans le système du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal), le point de départ du délai de cinq ans prévu par cette disposition correspond à la date de réception de la facture du fournisseur de prestations par la personne assurée (ATF 139 V 244 consid. 3.3.3).

b) En l'espèce, la créance éventuelle de la recourante en remboursement des factures des 3 janvier 2011, 1^{er} février 2011, 13 août 2011, 15 août 2011, 30 décembre 2011, 13 août 2010, 25 octobre 2010, 30 décembre 2010 et 7 janvier 2011 émises par les Drs B._____, R._____, D._____, P._____, G._____ et Q._____, est effectivement périmée, conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA. En effet, la recourante ne conteste pas qu'elle n'a pas transmis ces factures à l'intimée avant la notification de l'acte de recours du 21 février 2017 dans la cause CASSO AM 13/17, soit avant le 22 février 2017. Aucune pièce au dossier n'établit ni ne laisse suspecter le contraire. Par ailleurs, le fait que l'assureur avait refusé, par décision du 27 août 2010, de prendre en charge plus de trente-six séances de chiropraxie et de physiothérapie par année, et qu'une procédure d'opposition était pendante, ne dispensait pas l'assurée de produire les factures de ses fournisseurs de prestations lorsqu'elles lui parvenaient et d'en demander le remboursement. A défaut de l'avoir fait, sa créance éventuelle en remboursement de ces factures est périmée.

c) Quant aux factures du Dr F._____ produites avec l'acte de recours du 8 septembre 2017, elles ont toutes été adressées à l'assurée moins de cinq ans avant cette date. Il suit de là que, la créance de la recourante en remboursement des factures des 27 février 2014, 9 avril 2014, 22 juillet 2014 et 2 septembre 2015 du Dr F._____ - ainsi que diverses autres factures, dont celles qui seraient restées impayées portent

toutes sur des soins prodigués postérieurement au mois de juin 2015 - n'est pas périmée. Dans ce contexte, rien ne permet de constater que les prestations faisant l'objet de ces factures auraient fait l'objet d'une autre facturation, à l'assurée, à une date antérieure.

4. **a)** En définitive, il y a lieu de constater, à titre préjudiciel, la péremption de la créance éventuelle de la recourante en remboursement des factures des 3 janvier 2011, 1^{er} février 2011, 13 août 2011, 15 août 2011, 30 décembre 2011, 13 août 2010, 25 octobre 2010, 30 décembre 2010 et 7 janvier 2011 émises par les Drs B._____, R._____, D._____, P._____, G._____ et Q._____, conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA, ainsi que l'absence de péremption de la créance éventuelle de l'intéressée en remboursement des factures des 27 février 2014, 9 avril 2014, 22 juillet 2014 et 2 septembre 2015 du Dr F._____, ainsi que de diverses autres factures établies postérieurement par ce médecin.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA).

c) Les dépens suivent le sort de la cause au fond.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Il est constaté, à titre préjudiciel, la péremption de la créance éventuelle d'A._____ en remboursement des factures des 3 janvier 2011, 1^{er} février 2011, 13 août 2011, 15 août 2011, 30 décembre 2011, 13 août 2010, 25 octobre 2010, 30 décembre 2010 et 7 janvier 2011 émises par les Drs B._____, R._____, D._____, P._____, G._____ et Q._____, conformément à l'art. 24 al. 1 LPGA, ainsi que l'absence de péremption de la créance éventuelle d'A._____ en

remboursement des factures des 27 février 2014, 9 avril 2014, 22 juillet 2014 et 2 septembre 2015 du Dr F._____, ainsi que des autres factures de ce médecin postérieures à juin 2015.

II. Le présent arrêt est rendu sans frais de justice.

III. Les dépens suivent le sort de la cause au fond.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour A._____),
- C._____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :