Urteilskopf

97 V 13

4. Extrait de l'arrêt du 16 février 1971 dans les causes Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM) et consorts contre Dr F. et Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 22 und 22bis KUVG: Über den tariflichen Schutz des Versicherten gegenüber seinem Arzt.

- Bei vertragslosem Zustand: Ein Arzt, der die Voraussetzungen des Art. 22bis Abs. 5 KUVG nicht erfüllt, hat sich dem Rahmentarif anzupassen, selbst wenn er den Versicherten, der sich als solcher zu erkennen gibt, in einer Privatklinik behandelt.

- Bei vertraglicher Regelung: Ist eine vertragliche Klausel, welche die Ärzte von der Verpflichtung befreit, auf die in einer Privatklinik behandelten Versicherten den Tarif anzuwenden, unzulässig?

Regeste (fr):
Art. 22 et 22bis LAMA: De la protection tarifaire de l'assuré dans ses relations avec le médecin.

- Régime sans convention: Le médecin qui ne satisfait pas aux conditions de l'art. 22bis al. 5 LAMA doit se conformer au tarif-cadre même lorsqu'il traite en clinique privée l'assuré qui s'est fait connaître comme tel.

- Régime conventionnel: Une clause conventionnelle libérant les médecins de l'obligation d'appliquer le tarif pour les traitements fournis aux assurés en clinique privée est-elle illicite?

Regesto (it):
Art. 22 e 22bis LAMI: Della protezione tariffale dell'assicurato nei confronti del medico.

- Regime senza convenzione: Il medico che non riempie i presupposti dell'art. 22bis cpv. 5 LAMI deve conformarsi ai limiti tariffali anche nei casi in cui egli tratta in una clinica privata l'assicurato dichiaratosi tale.

- Regime convenzionale: Illiceità di una clausola convenzionale che esime i medici dall'obbligo di applicare la tariffa per trattamenti concessi ad assicurati in clinica privata?

Erwägungen ab Seite 13

Considérant en droit:

1. L'un des objectifs principaux de la LAMA est de garantir l'efficacité de l'assurance en soumettant à certaines règles les relations entre médecins et assurés. C'est l'application de ces règles qui est litigieuse en l'espèce, ou plus précisément la question de savoir si tout médecin traitant un assuré qui s'est fait connaître comme tel est tenu de se conformer aux tarifs. La réponse doit, en principe, être affirmative. Le médecin que l'assuré est en droit de consulter en vertu des art. 15 ss LAMA

est ou bien lié par une convention avec les caisses, qui doit précisément être passée "sur la base des tarifs" (art. 16 al. 1er LAMA), ou bien par les tarifs-cadres "applicables à l'expiration des conventions" (art. 22bis al. 1er LAMA). Mais il faut savoir si le système légal souffre des exceptions.

2. Il n'existait plus de convention entre la SVRSM et les médecins vaudois, lorsque le Dr F. a entrepris de soigner, ambulatoirement et en clinique privée, les recourants V., M., D. et T. En principe, le médecin et les patients, en ce qui concernait leurs relations contractuelles, étaient donc soumis au régime sans convention, au sens de l'art. 22bis LAMA. Dans ce régime, suivant l'art. 22bis al. 5 LAMA, le médecin échappe à l'obligation de fixer ses honoraires selon les tarifscadres, s'il adresse "à un organisme désigné par le canton une déclaration selon laquelle il refuse de traiter tout assuré conformément à la présente loi". Le Dr F. avait fait une telle déclaration, visant les personnes assurées auprès de la SVRSM, avant de soigner les quatre patients en cause. La caisse-maladie recourante objecte que la déclaration, pour être valable, doit s'étendre à tous les assurés et non aux seuls assurés d'une ou de plusieurs caisses déterminées. Elle cite, à l'appui de son opinion, que l'Office fédéral des assurances sociales partage, les travaux préparatoires de la loi. Il est incontestable qu'en autorisant le médecin à refuser de traiter "tout assuré" ou, d'après le texte allemand, de refuser "tout traitement" (jede Behandlung), la loi veut que, dans le régime sans convention, la totalité des caisses-maladie soient mises sur le même pied. Mais cela ne signifie pas que, lorsque coexistent dans un canton un régime conventionnel et un régime sans convention, le médecin qui veut se soustraire aux tarifs-cadres du régime sans convention doive aussi refuser de soigner conformément à la loi les assurés des caisses conventionnelles. Une telle exigence serait en contradiction avec l'intérêt qu'ont tous les intéressés de favoriser le régime conventionnel, qui est le régime normal, et non de l'affaiblir (cf. Message complémentaire du 16 novembre 1962, FF II 1258). Elle amènerait des médecins à entreprendre, afin de se libérer aussi du régime conventionnel, des démarches totalement étrangères à la déclaration prévue par l'art. 22bis al. 5 LAMA, dont l'effet ne peut être que de libérer de l'assujettissement aux tarifs-cadres du régime sans convention. Le respect du système

général de la loi veut donc qu'on applique uniquement aux caisses non conventionnelles la règle de l'universalité de la déclaration de refus. Si, comme dans le canton de Vaud du 1er janvier au 31 octobre 1965, une seule caisse se trouve hors convention, la déclaration ne vaut "ipso facto" que pour les assurés de cette caisse-là.

3. "Si un assuré consulte un médecin qui a fait semblable déclaration", prescrit la 2e phrase de l'art. 22bis al. 5 LAMA, "celui-ci doit, au début du traitement, attirer l'attention du patient sur le fait qu'il (le patient) n'aura pas droit aux prestations de la caisse." A supposer que le médecin ne le fasse pas, la loi ne précise pas la conséquence de cette omission. Etant donné l'économie de l'al. 5, il faut admettre qu'à défaut d'avis donné à temps le médecin est tenu d'appliquer les tarifs-cadres. C'est là le pendant de l'obligation faite à l'assuré de se faire connaître comme tel au début du traitement, faute de quoi il ne bénéficie en tout cas pas des dits tarifs. Dans le Message complémentaire du 16 novembre 1962 (FF II 1266), le Conseil fédéral fait bien de l'avis en question l'une des conditions de l'efficacité de la déclaration de refus. Or le Dr F. n'a pas dit aux quatre assurés en cause qu'ils n'auraient pas droit aux prestations de la caisse-maladie. Il s'est borné à les inviter à se renseigner sur leurs droits auprès de leur caisse. Ils n'ont d'ailleurs pas donné suite à cette recommandation; ils semblent avoir compris qu'était en jeu la quotité et non l'existence d'une participation de l'assurance aux

frais de guérison. Les premiers juges ont estimé que la caisse-maladie avait provoqué elle-même le procédé du docteur, en admettant dans de nombreux cas qu'un médecin fixât librement ses honoraires pour des soins donnés en clinique privée, puis en remboursant à l'assuré une participation tarifaire. Selon eux, dans de pareilles circonstances, le Dr F. ne pouvait affirmer que les quatre assurés recourants n'auraient pas droit aux prestations de la caisse, et cette dernière n'est pas fondée à lui reprocher d'avoir usé d'une formule moins catégorique. La SVRSM répond que, comme les médecins savaient que la convention qui la liait à la SVM n'avait pas été reconduite au delà du 31 décembre 1964 et qu'ils connaissaient l'intention de la caisse de faire trancher par le juge quelques questions de principe, le Dr F. n'avait plus à supposer, lorsqu'il entreprit les traitements litigieux, qu'elle y participerait financièrement. La circonstance-

décisive, en réalité, est que le Dr F. se trouvait dans une situation différente de celle de médecins se prévalant d'une clause conventionnelle pour établir librement leur note: il avait déclaré formellement, dans un régime non conventionnel, refuser de traiter comme assurés les membres de la SVRSM. Dès lors la caisse avait légalement la possibilité de contester à ses assurés tout droit aux prestations d'assurance, sans égard à une pratique observée par elle pour d'autres cas et dans d'autres circonstances. Que le Dr F. ait été de bonne foi, ce qui n'est pas contesté, ne changeait rien à son obligation de donner l'avis formel prescrit par la loi. Par conséquent, il est tenu d'appliquer les tarifs-cadres cantonaux aux quatre recourants. Quant à la question soulevée par la SVRSM dans l'acte de recours, à savoir si l'art. 22bis al. 5 LAMA n'interdit pas aux caisses d'accorder des prestations aux clients des médecins qui ont déposé une déclaration de refus, elle ne touche pas la solution que doit trouver le cas d'espèce et souffre donc de rester indécise. Il serait toutefois assez peu concevable qu'on refuse des prestations à un assuré qui n'en aurait été averti préalablement ni par le médecin ni même par la caisse.

4. Il est clair que les tarifs-cadres eux-mêmes ne pouvaient pas permettre au Dr F. d'établir librement sa note. A ce propos, il suffit de constater que, si le législateur vaudois avait voulu - question qui relève du droit cantonal - intégrer au tarif-cadre des dispositions qui en libéreraient le médecin dans d'autres circonstances que celles que prévoit l'art. 22bis al. 4 et 5 LAMA, ces dispositions seraient contraires au droit fédéral. Car le propre des tarifs-cadres est précisément de s'imposer, dans le régime sans convention, à tous les médecins qui n'ont pas déclaré refuser de traiter les assurés comme tels. Sinon l'institution de la déclaration de refus perdrait beaucoup de son intérêt. Enfin, chacun admet que les quatre assurés en cause ne sont pas dans une situation très aisée, au sens de l'art. 22bis al. 4 LAMA.

5. L'attitude ultérieure de la SVRSM, qui a accordé aux assurés recourants les prestations qu'elle conteste devoir, à la condition qu'ils la soutiennent dans son procès contre le Dr F., n'a point pour effet, toute choquante qu'elle peut paraître, de remédier à l'omission constatée sous chiffre 2 ci-dessus. Ce que la loi exige de l'auteur d'une déclaration de refus, c'est qu'il

informe le patient que celui-ci n'aura pas droit aux prestations de la caisse et non qu'en fait la caisse ne versera rien. Le conseil de demander à la caisse un geste bénévole peut compléter l'avis obligatoire; il ne saurait le remplacer ni en cas d'échec ni en cas de succès. L'arrangement intervenu entre la caisse et les assurés n'a pas non plus pour conséquence qu'elle n'aurait plus d'intérêt au procès. Elle est intéressée à ce que ses membres soient soignés aux prix des tarifs-cadres, même s'il ne lui en coûte pas moins, parce que c'est un élément es-

sentiel de l'assurance. Quant aux assurés, la question de savoir s'ils sont protégés par un tarif les touche de près. Dans l'hypothèse - réalisée en l'occurrence - d'un assuré soigné en clinique privée, alors que la caisse a passé avec un établissement voisin une convention prévoyant une taxe forfaitaire pour l'usage de la salle commune et les soins médicaux, il faut admettre que l'assurance, en vertu de l'art. 19bis al. 3 LAMA, sera en droit de ne verser à l'intéressé que l'indemnité forfaitaire d'hospitalisation. Mais il devra payer la note de son médecin et la facture de la clinique. Il a donc le plus grand intérêt à se voir protégé par la garantie tarifaire dont il bénéficie à raison de son statut d'assuré. Aussi l'art. 22bis al. 4 et 5 LAMA, pour des motifs de simplicité et de clarté, règle-t-il de manière exhaustive les cas - parmi lesquels ne se trouve pas celui des soins fournis par le médecin en clinique privée - où le tarif-cadre ne s'impose pas au médecin. Et l'art. 19bis al. 1er LAMA, disposition qui confère à l'assuré le droit de libre choix parmi les établissements hospitaliers suisses, n'entre pas en conflit avec l'art. 22bis, s'agissant des relations entre caisse et assuré et non plus entre médecin et assuré.

6. Le traitement de la recourante G. a été entrepris après le rétablissement d'un régime conventionnel, survenu le 1er novembre 1965. Depuis cette date, la déclaration de refus déposée par le Dr F. avait perdu sa raison d'être et était devenue caduque. Les recourantes prétendent que le Dr F. aurait dû conformer sa note d'honoraires au tarif conventionnel, alors qu'il soutient, lui, qu'il en était dispensé par la convention elle-même. Le Dr F. se prévaut d'abord de l'art. 6 de la convention reconduite, aux termes duquel les médecins sont déliés des obligations découlant de la convention pendant le séjour des assurés dans des établissements privés et dans la division des pensionnaires des hôpitaux et infirmeries.

Selon les recourantes, cette disposition de la convention serait contraire à des prescriptions impératives du droit fédéral. Il est vain, dans un système où le juge examine d'office les questions de droit, de se demander avec l'intimé si la SVRSM est habilitée à plaider la nullité partielle d'une convention qu'elle a pourtant signée en 1965 et renouvelée en 1969. Au vrai, la caisse semble-t-elle n'avoir admis la clause litigieuse qu'à son corps défendant. De toute façon, il faut reconnaître que cette clause diminue sensiblement l'intérêt que présente l'assurancemaladie. Non pas quand elle s'applique à un assuré qui pourrait se faire soigner dans la division commune d'un établissement public; de celui-là, il est permis de dire que, s'il a de plus grandes exigences, il aurait dû conclure une police plus coûteuse qui lui aurait permis de les satisfaire. Mais quand elle s'applique à un assuré qui, pratiquement, est contraint de se faire soigner dans un établissement privé. De tels cas existent; le nombre en augmente avec la surcharge des hôpitaux et du corps médical. Une catégorie d'assurés se trouve alors privée des avantages du tarif conventionnel et, parce qu'il existe une convention, privée de la protection des art. 22bis et 22ter LAMA; cela pour des motifs étrangers à la volonté des personnes ainsi désavantagées. C'est pourquoi on peut se demander s'il ne faut pas admettre qu'en dispensant les médecins de se conformer au tarif conventionnel, lorsqu'un assuré est obligé de se faire traiter dans un établissement privé, les conventions créent entre le régime conventionnel et le régime sans convention un régime intermédiaire, que la loi ne connaît pas et qui est contraire à l'esprit de l'institution.

7. Mais, quelque grand que soit le désir de la SVRSM d'obtenir un arrêt de principe, il faut laisser la question indécise: on ignore si la recourante G. aurait pu être soignée dans un établissement public; d'ailleurs, quoi qu'il en soit, l'intimé se prévaut d'un second moyen, qui est décisif. En effet, si, dans le régime sans convention, la loi règle de façon exhaustive les cas où les médecins sont dispensés d'observer les tarifs-cadres, il n'en est pas de même dans le régime conventionnel. Là, le principe de la liberté des conventions prédomine, dans la mesure où il ne crée pas des situations contraires aux principes de l'assurance sociale contre la maladie. Or tel n'est pas le cas d'une clause qui dispense les professeurs et chargés de cours d'observer le tarif médical. Il reste suffisamment d'autres médecins

à la disposition des assurés. Aussi bien le Conseil fédéral envisage-t-il dans son rapport complémentaire qu'on puisse même dispenser les professeurs de l'obligation de soigner prévue par l'art. 22ter LAMA (Message complémentaire, FF 1962 II 1266). La convention reconduite porte, dans un protocole additionnel, sous chiffre 3 la disposition suivante: "La caisse rembourse les prestations statutaires aux assurés soignés par les professeurs et chargés de cours de l'Université de Lausanne même si les normes tarifaires appliquées aux assurés de la catégorie I se trouvent dépassées." La catégorie I est celle des assurés à revenus modestes (cf. art. 11, 12 et 16 de la convention). L'interprétation de cette clause ne prête pas à discussion, si l'on considère que la SVRSM a distribué à ses membres un fascicule relatif à la convention et au protocole additionneldu 15 décembre 1965, où l'on lit: "Les professeurs et chargés de cours n'ont pas l'obligation d'appliquer le tarif cantonal, mais les caissesmaladie remboursent leurs prestations sur la base du tarif." Ce même fascicule nomme le Dr F. parmi les chargés de cours. En conséquence, dans le régime conventionnel, le Dr F. était bien dispensé d'observer le tarif.

8. ...

9. Vu l'importance des questions de droit à trancher, elles ont été soumises à la Cour plénière, conformément à l'art. 6 lit. a du règlement du Tribunal fédéral des assurances.