Urteilskopf

109 V 139

27. Arrêt du 12 août 1983 dans la cause Caisse-maladie et accident Assura contre Baume et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 14bis KUVG, Art. 24-28 Vo V: Selbstbehalt und Franchise. Der Bundesrat hat, indem er die Erhebung der Franchise einzig auf die durch den Arzt oder den Chiropraktor vorgenommene Behandlung beschränkte, die ihm vom Gesetzgeber erteilten Kompetenzen nicht überschritten.

Regeste (fr):
Art. 14bis LAMA, art. 24-28 Ord. V: Participation et franchise.

En limitant la perception de la franchise aux seuls soins administrés par le médecin ou le chiropraticien, le Conseil fédéral n'a pas outrepassé les compétences qui lui ont été attribuées par le législateur.

Regesto (it):
Art. 14bis LAMI, art. 24-28 Ord. V: Partecipazione e franchigia.

Il Consiglio federale, limitando la precezione della franchigia alle sole cure prestate da medici e chiropratici, non ha esorbitato le competenze assegnategli dal legislatore.

BGE 109 V 139 S. 139

A.- Isabelle Baume est assurée pour les soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers auprès de la Caisse-maladie et accident Assura. Le 15 janvier 1981, elle consulta le docteur S. qui lui adressa une note d'honoraires de 13 fr. 50 et lui prescrivit des médicaments fournis par la pharmacie M., pour un montant de 14 fr. 50. L'assurée présenta ces factures à la caisse qui, par décision du 24 avril 1981, lui refusa toute prestation, s'estimant fondée à appliquer la franchise légale de 30 francs sur l'ensemble de ces frais.

B.- Isabelle Baume recourut contre cet acte administratif, faisant valoir que la franchise en question ne pouvait être perçue que sur les soins fournis par le médecin. Par jugement du 21 juillet 1981, le Tribunal des assurances du canton de Vaud lui donna gain de cause en condamnant la caisse à prendre en charge une somme de 13 fr. 05, soit le montant de la

BGE 109 V 139 S. 140

note de pharmacie, après déduction de la participation de 10% à charge de l'assurée.

C.- La Caisse-maladie et accident Assura interjette recours de droit administratif en concluant à l'annulation du prononcé cantonal. Isabelle Baume s'en remet à justice. Pour sa part, l'Office fédéral des assurances sociales propose implicitement de rejeter le recours.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. Selon l'art. 14bis al. 1 LAMA, les caisses-maladie doivent imposer aux assurés une participation aux frais médicaux et pharmaceutiques; celle-ci ne peut être échelonnée selon le sexe et doit être calculée de telle façon que les assurés ne supportent pas, en moyenne, plus d'un dixième des frais médicaux et pharmaceutiques; les caisses doivent mettre en outre à la charge des assurés majeurs, dans chaque cas de maladie, un montant déterminé par le Conseil fédéral (franchise). Aucune participation aux frais ni aucune franchise ne peuvent être exigées en cas de séjour dans un établissement hospitalier, de tuberculose, de cure balnéaire et de maternité (art. 14bis al. 2 LAMA). L'al. 4 de cette disposition charge le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions de détail sur la participation aux frais, la franchise et la taxe sur feuille de maladie. Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation de compétence aux art. 24 à 29 de l'Ordonnance V sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance, ainsi que leur sécurité financière, du 2 février 1965 (Ord. V; RS 832.121). Dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 1971, les art. 24 al. 3 et 26 al. 1 de cette ordonnance instituent un régime combiné des deux formes de participation de l'assuré aux frais (pourcentage et montant fixe) et prévoient, par ailleurs, que la franchise ne doit être appliquée, s'il y a lieu, que sur les seuls honoraires des médecins et des chiropraticiens. La première de ces dispositions stipule en effet que si la participation imposée à des assurés majeurs pour un traitement chez un médecin ou un chiropraticien ne correspond pas au moins au montant déterminant de la franchise, celle-ci la remplace. Quant à la seconde, elle définit le cas de maladie, donnant lieu à la perception de la franchise, comme le traitement ambulatoire d'une ou de plusieurs maladies par le même médecin ou chiropraticien, au cours d'une période de 90 jours. En ce qui

concerne le montant de la franchise, il s'élève en principe, depuis le 1er septembre 1975, à 30 francs par cas de maladie (art. 25 al. 2 Ord. V).

2. a) La recourante ne prétend pas, avec raison, que sa décision du 24 avril 1981 est conforme au système de la perception de la franchise institué par le Conseil fédéral et à la pratique des caisses-maladie (voir en particulier les circulaires de l'Office fédéral des assurances sociales no 156, du 8 janvier 1971, et no 169, du 8 septembre 1975, à l'intention des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues). Apparemment, elle a, elle aussi, appliqué un tel système, sans en contester le bien-fondé, jusqu'à la fin de l'année 1979. Il ressort en effet du dossier qu'elle avait demandé à l'Office fédéral des assurances sociales, dans une lettre du 5 décembre 1979, de l'autoriser à prélever, à partir du 1er janvier 1980, une franchise sur l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques en cas de traitement ambulatoire, ce que l'autorité fédérale de surveillance avait refusé, le 11 janvier 1980, en rappelant la teneur des art. 24 al. 3 et 26 al. 1 Ord. V et en se référant au surplus à ses instructions administratives. Mais la recourante fait valoir en substance que les dispositions de l'ordonnance précitée, dans la mesure où elles limitent la perception de la franchise chez les assurés majeurs aux soins administrés par le médecin ou le chiropraticien, sont contraires à la loi. Elle invoque l'art. 12 al. 2 ch. 1 LAMA qui énumère les composantes de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques en cas de traitement ambulatoire, lesquels comprennent non seulement les soins donnés par le médecin ou un chiropraticien, mais aussi les traitements

scientifiquement reconnus administrés sur prescription médicale par le personnel paramédical, ainsi que les médicaments et analyses ordonnés par le médecin. Elle en conclut que le Conseil fédéral, en réglementant ainsi le système de la franchise, s'est écarté de la définition légale des soins médico-pharmaceutiques et qu'il a au surplus agi en dehors du cadre de la délégation prévue par l'art. 14bis al. 4 LAMA, ayant de ce fait outrepassé les compétences qui lui ont été attribuées par le législateur. b) Le Tribunal fédéral des assurances examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. En particulier, il exerce son contrôle sur les ordonnances (dépendantes) qui reposent sur une délégation législative. Lorsque celle-ci est relativement imprécise et que, par

la force des choses, elle donne au Conseil fédéral un large pouvoir d'appréciation, le tribunal doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède à cette occasion, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause. Il doit au contraire se borner à vérifier si la disposition litigieuse est propre à réaliser objectivement le but visé par la loi, sans se soucier, en particulier, de savoir si elle constitue le moyen le mieux approprié pour atteindre ce but (v. p.ex. ATF 108 V 116 consid. 3a, ATF 107 IV 201 consid. 2b, 106 Ib 134 consid. 4b et la jurisprudence citée dans ces arrêts). c) Ainsi qu'on l'a vu, l'art. 14bis al. 1 LAMA stipule que la participation de l'assuré doit être prélevée sur les "frais médicaux et pharmaceutiques". Ceux-ci comprennent cinq groupes de prestations médicales: les soins donnés par un médecin, les traitements scientifiquement reconnus auxquels procède le personnel paramédical sur prescription d'un médecin, les médicaments et analyses ordonnés par un médecin et les soins fournis par un chiropraticien (art. 12 al. 2 ch. 1 LAMA en liaison avec l'art. 24 al. 2 Ord. V). En revanche, la loi ne dit rien à propos des éléments de soins sur lesquels la franchise doit être perçue, puisqu'elle prévoit seulement qu'une telle mesure doit être appliquée "dans chaque cas de maladie". La LAMA ne définit cependant pas cette notion. Le législateur, considérant sans doute qu'il s'agissait d'un détail au sens de l'art. 14bis al. 4 LAMA, a laissé au Conseil fédéral le soin d'en préciser la portée, ce que ce dernier a fait en édictant l'art. 26 al. 1 Ord. V. La Cour de céans n'a, jusqu'à présent, jamais mis en doute la légalité de cette disposition (v. p.ex. ATF 100 V 7). Il est vrai qu'elle ne s'est pas prononcée expressément en faveur de sa validité. Mais on constate à cet égard que la délégation contenue à l'art. 14bis al. 4 LAMA donne à l'autorité exécutive un large pouvoir d'appréciation car elle ne comporte aucune prescription sur la manière dont le Conseil fédéral est chargé de réglementer, notamment, la perception de la franchise, de sorte que diverses solutions peuvent être envisagées dans le cadre de cette délégation. Le Tribunal fédéral des assurances doit donc se borner à vérifier si la solution retenue est propre à atteindre le but visé par la loi.

D'une façon générale, l'institution d'une participation aux frais vise à alléger les charges financières des caisses-maladie en faisant supporter aux assurés tout ou partie des frais consécutifs à la maladie. Par ce moyen, l'assuré a intérêt à une guérison rapide, ce qui est de nature à contribuer à une diminution de la durée des traitements. Il s'agit, dans l'esprit du législateur, d'un instrument destiné à combattre la surconsommation médicale (MAURER, Sozialversicherungsrecht, vol. I p. 304 et vol. II p. 378). C'est donc dans ce but que l'art. 14bis LAMA a été introduit par la loi fédérale du 13 mars 1964 modifiant le titre premier de la LAMA (RO 1964 p. 961). Il convient de relever à cet égard que le projet de loi présenté par le Conseil fédéral ne prévoyait que la perception - obligatoire - d'une participation des assurés aux frais médico-pharmaceutiques, dont le taux ne pouvait, en

moyenne, être inférieur à un dixième ni supérieur à un quart; cette proposition confirmait dans une large mesure la pratique antérieure (FF 1961 I pp. 1461 et 1522). Mais les Chambres fédérales ont ajouté à la participation une franchise en valeur absolue, également obligatoire, dont le montant serait fixé par le Conseil fédéral, et ont ainsi adopté la formulation actuelle de l'art. 14bis LAMA. L'objectif premier était d'introduire, à côté de la participation proprement dite, une mesure indépendante afin de libérer les caisses-maladie des "cas bagatelles" et d'opérer ainsi un transfert de leurs charges sur les cas plus importants (BO du Conseil national 1963 p. 483 et ss). Or, rien ne permet d'affirmer que, même en limitant la notion de cas de maladie au traitement ambulatoire - au cours d'une période de 90 jours - par le même médecin ou chiropraticien, le Conseil fédéral ne s'est pas conformé au but fixé par la loi. Il suffit à cet égard de constater qu'une telle réglementation tend bien à exercer une action modératrice sur les coûts de l'assurance-maladie, en voulant dissuader les assurés de recourir sans nécessité médicale aux services d'un médecin et en visant par ailleurs à limiter les dépenses des caisses-maladie dans les cas de peu d'importance. Le Tribunal fédéral des assurances ne saurait donc intervenir dans cette réglementation sans remettre en cause le pouvoir d'appréciation qu'il convient de réserver au Conseil fédéral et il n'a pas à se demander si une solution consistant à prélever auprès des assurés majeurs une franchise sur l'ensemble des soins médicaux et pharmaceutiques eût été un moyen mieux approprié pour atteindre l'objectif recherché. On ne peut

davantage prétendre que les dispositions réglementaires incriminées sont inconciliables avec l'art. 12 al. 2 ch. 1 LAMA. Cette dernière règle se borne en effet à énumérer les prestations minimales que les caisses-maladie doivent prendre en charge dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques en cas de traitement ambulatoire. Mais cela ne signifie pas que la franchise, qui est liée à la survenance d'un cas de maladie, doive nécessairement porter sur les mêmes éléments. d) Cela étant, c'est à bon droit que les premiers juges n'ont en l'occurrence appliqué la franchise légale que sur la note du médecin traitant de l'intimée. Le recours de droit administratif est dès lors mal fondé.

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: Le recours est rejeté.