Urteilskopf

111 V 342

64. Arrêt du 28 octobre 1985 dans la cause Borel et consorts contre Fédération vaudoise des caisses-maladie et consorts et Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 25 KUVG, Art. 103 lit. a und 129 Abs. 1 lit. c OG.

- Zuständigkeit des Schiedsgerichts: Begriff der Streitigkeit zwischen Ärzten und Krankenkassen (Erw. 1b).

- Aktiv- und Passivlegitimation im Verfahren vor dem Schiedsgericht (Erw. 1c).

- Zulässigkeit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde: schutzwürdiges Interesse; Begriff der Zuwendung, auf die das Bundesrecht keinen Anspruch einräumt (Erw. 2).

Art. 16 Abs. 1 Satz 1 KUVG. Das Recht der Krankenkassen, die Behandlung ihrer Versicherten ausschliesslich den Ärzten anzuvertrauen, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben, ist eine Befugnis, welche das Gesetz einzig an das Bestehen eines Vertrages knüpft. Daraus folgt, dass die Krankenkassen - unter Vorbehalt allfälliger gegenteiliger Abmachungen mit den Vertragsärzten - beschliessen können, die Behandlungen nicht zu übernehmen, welche von Ärzten vorgenommen werden, die dem Vertrag nicht beigetreten sind, selbst wenn eine entsprechende - ausdrückliche oder stillschweigende - Vertragsklausel fehlt (Erw. 4, 5).

Regeste (fr):
Art. 25 LAMA, art. 103 let. a et 129 al. 1 let. c OJ.

- Compétence du tribunal arbitral: notion de contestation entre médecins et caisses-maladie (consid. 1b).

- Qualité pour agir et pour défendre dans la procédure devant le tribunal arbitral (consid. 1c).

- Recevabilité du recours de droit administratif: intérêt digne de protection; notion de prestation à laquelle la législation fédérale ne confère pas un droit (consid. 2).

Art. 16 al. 1 1re phrase LAMA. Le droit des caisses-maladie de confier le traitement de leurs assurés exclusivement aux médecins avec lesquels elles ont passé une convention est une faculté que la loi attache à la seule existence d'une convention. Il s'ensuit que, sous réserve d'éventuels engagements contraires des caisses à l'égard des médecins conventionnés, les caisses-maladie peuvent décider de ne pas prendre en charge les traitements prodigués par les médecins n'ayant pas adhéré à la convention même à défaut de clause conventionnelle - expresse ou tacite - à ce sujet (consid. 4, 5).

Regesto (it):
Art. 25 LAMI, art. 103 lett. a e 129 cpv. 1 lett. c OG.

- Competenza del tribunale arbitrale: concetto di controversia tra medici e casse ammalati (consid. 1b).

- Legittimazione attiva e passiva nel procedimento davanti al tribunale arbitrale (consid. 1c).

- Ricevibilità del ricorso di diritto amministrativo: interesse degno di protezione; concetto di prestazione cui la legislazione federale non conferisce diritto (consid. 2).

Art. 16 cpv. 1 prima frase LAMI. Il diritto delle casse malati di affidare il trattamento dei loro assicurati esclu-

sivamente a medici con i quali è stata conclusa una convenzione è una facoltà che la legge vincola alla sola esistenza della convenzione. Ne deriva, riservati eventuali impegni contrari delle casse nei confronti dei medici convenzionati, che le casse malati possono decidere di non assumere i trattamenti eseguiti da parte di medici che non hanno aderito alla convenzione anche in mancanza di una clausola convenzionale - esplicita o implicita - al riguardo (consid. 4, 5).

Sachverhalt ab Seite 343

BGE 111 V 342 S. 343

A.- La Fédération vaudoise des caisses-maladie (ci-après: FVCM) et la Société vaudoise de médecine ont conclu, le 6 juillet 1982, une "Convention des traitements ambulatoires". Celle-ci règle les rapports entre les caisses-maladie membres de la FVCM d'une part, et les médecins vaudois signataires de la convention d'autre part, notamment en ce qui concerne les tarifs médicaux applicables et de nombreux problèmes d'ordre administratif. De même que les conventions passées antérieurement entre la FVCM et la Société vaudoise de médecine (en 1969 et 1976), et comme celle qui l'a remplacée dès le 1er juillet 1983, elle précise - entre autres engagements des parties - que les caisses-maladie s'engagent à prendre en charge les traitements effectués ou prescrits par les médecins qui ont adhéré à la convention (ch. 4). Pour mettre fin à la pratique de la plupart des caisses-maladie du canton de Vaud, qui remboursaient généralement les notes d'honoraires de tous les médecins vaudois, même non conventionnés, l'assemblée des délégués de la FVCM a pris, le 23 mars 1983, la décision suivante: "1. Les caisses membres de la FVCM prennent en charge uniquement les traitements effectués ou prescrits par les médecins ayant adhéré à la convention médicale vaudoise et excluent la prise en charge de ceux des médecins non conventionnés. 2. Cette mesure entre en vigueur le 1er juillet 1983.
3. Une exception est faite pour les contrats dits "patients privés" (ambulatoires), uniquement pour ce type précis de couverture avec prescription d'un examen pour les caisses concernées d'une modification de leurs statuts en vue de l'extension de la mesure à la totalité des contrats.

BGE 111 V 342 S. 344

4. La décision de l'assemblée des délégués est contraignante pour toutes les caisses membres de la FVCM en application des statuts, article 5 al. 2 lettre d et alinéa 5 lettre c." Cette mesure, ainsi qu'une liste de quinze médecins pratiquant dans le canton de Vaud, touchés par cette exclusion parce que non conventionnés, ont été communiquées aux caisses-maladie membres de la FVCM et à leurs assurés.

B.- Quatorze de ces médecins ont demandé la constitution du tribunal arbitral prévu par l'art. 25 LAMA et par la loi vaudoise du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances. La conciliation ayant été tentée sans succès entre les demandeurs et la FVCM, lesdits médecins ont demandé au tribunal de prononcer que la décision prise par l'assemblée des délégués de la FVCM le 23 mars 1983 est "illégale, soit nulle ou annulée", que les médecins ayant adhéré à la convention ne bénéficient pas de l'exclusivité du traitement des assurés des caisses-maladie membres de la FVCM, au sens de l'art. 16 LAMA, et que celles-ci sont en conséquence tenues de rembourser à leurs assurés les prestations statutaires pour les traitements donnés ou prescrits par eux. Ils ont demandé, par ailleurs, que le jugement à venir soit publié et communiqué aux assurés dans les mêmes formes que la décision attaquée. A l'appui de leurs conclusions, les demandeurs ont fait valoir, en substance, que seule une clause conventionnelle expresse - qui faisait défaut en l'occurrence - aurait permis aux caisses-maladie défenderesses de confier exclusivement aux médecins conventionnés le traitement de leurs assurés, comme le prévoit l'art. 16 al. 1 LAMA. Les demandeurs soutenaient que la mesure prise par la FVCM n'avait

son fondement ni dans la loi, ni dans la convention conclue avec la Société vaudoise de médecine, et pénalisait lourdement non seulement les assurés, qui s'exposaient à payer à la fois leurs cotisations d'assurance et les frais du traitement administré ou ordonné par un médecin non conventionné, mais aussi eux-mêmes dans la mesure où elle les privait de leur clientèle, la très grande majorité des habitants du canton de Vaud étant affiliée à une caisse-maladie membre de la FVCM. Après avoir procédé à diverses mesures d'instruction, le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud a rejeté pour l'essentiel les conclusions des demandeurs par jugement du 7 février 1984. Il a considéré, en résumé, ce qui suit: Selon l'interprétation littérale de l'art. 16 al. 1 LAMA, la faculté de

conclure des conventions et celle de confier le traitement des assurés aux seuls médecins conventionnés sont indissolublement liées, et la conclusion d'une convention entre caisses-maladie et médecins entraîne "ex lege" l'exclusion du droit des médecins non conventionnés de traiter les assurés aux frais des caisses conventionnées. Cette conséquence résulte aussi du système légal qui tend à donner la primauté au régime conventionnel et donc à favoriser les médecins ou autres personnes amenées à fournir des prestations assurées qui acceptent de se lier par convention avec les caisses-maladie reconnues. Les caisses conventionnées ne peuvent pas renoncer à la clause d'exclusivité en faveur des médecins non conventionnés, car cela viderait en bonne partie de son sens le système conventionnel tel qu'il a été institué par la loi. Au demeurant, la convention vaudoise contient bel et bien une telle clause, contrairement à l'affirmation des demandeurs. La légitimité de la mesure décidée par l'assemblée des délégués de la FVCM le 23 mars 1983 doit donc être admise. Toutefois, il convient de prévoir trois exceptions. La première concerne le cas des assurés qui doivent être traités par un médecin spécialiste, et qui n'en trouveraient aucun parmi les médecins conventionnés. La seconde a trait au principe de la protection de la bonne foi, la nouvelle pratique des caisses-maladie nécessitant l'aménagement de règles de droit transitoire pour les cas des assurés encore en traitement auprès d'un médecin non conventionné. La troisième réserve les règles statutaires permettant aux assurés d'obtenir la prise en charge par leur caisse-maladie des frais du traitement prodigué par un médecin non conventionné.

C.- Les quatorze médecins précités interjettent recours de droit administratif contre ce jugement, dont ils demandent la réforme dans le sens des mêmes conclusions que celles qu'ils avaient prises devant la juridiction cantonale. La FVCM et les caisses-maladie membres de celle-ci concluent principalement à l'irrecevabilité du recours et subsidiairement à son rejet. Les motifs des parties seront repris, autant que besoin, dans les considérants ci-dessous. L'Office fédéral des assurances sociales, qui estime que le recours est recevable, propose son rejet pour les motifs exposés par le tribunal arbitral.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. a) Selon la jurisprudence, le Tribunal fédéral des assurances examine d'office les conditions dont dépend la qualité pour recourir et les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure administrative, soit en particulier le point de savoir si c'est à juste titre que la juridiction cantonale est entrée en matière sur le recours ou, comme en l'espèce, sur l'action. Aussi, lorsque l'autorité de première instance a ignoré qu'une

condition mise à l'examen du fond du litige par le juge faisait défaut et a statué sur le fond, c'est un motif pour le tribunal, saisi de l'affaire, d'annuler d'office le jugement en question (ATF 110 V 129 consid. 2 et 149 consid. 2b, ATF 107 V 248 consid. 1b; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 73 ch. 3, ainsi que les arrêts cités par cet auteur). De plus, le Tribunal fédéral des assurances vérifie d'office la qualité pour agir et pour défendre des parties (Sachlegitimation) dans l'action dont la juridiction inférieure a été saisie, question qui relève du droit applicable au fond (ATF 110 V 348 consid. 1; GYGI, op.cit., p. 176). b) D'après l'art. 25 LAMA, les contestations entre caisses, d'une part, et médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, personnel paramédical, laboratoires ou établissements hospitaliers, d'autre part, sont jugées par un tribunal arbitral dont la juridiction s'étend à tout le canton (al. 1). Le tribunal compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel se trouve l'installation permanente du médecin, du chiropraticien ou du membre du personnel paramédical, ou la pharmacie, ou l'établissement hospitalier ou le laboratoire, ou dans lequel la sage-femme a son domicile (al. 2). Le tribunal arbitral est également compétent lorsque les honoraires sont dus par l'assuré (al. 3). Les contestations au sens de l'art. 25 LAMA ne sont pas définies par la loi. Bien que la procédure arbitrale prévue par cette disposition porte, le plus souvent, sur des litiges relatifs à l'application de tarifs médicaux - en particulier dans le cadre de la notion de traitement économique des assurés (art. 23 LAMA) -, elle vise cependant, d'une manière très générale, tous les litiges opposant les caisses-maladie aux médecins et autre personnel soignant ou établissements médicaux énumérés par la loi, dans lesquels sont en cause des rapports juridiques fondés sur la LAMA, soit également ceux qui concernent par exemple le libre

choix du médecin (art. 15 LAMA), les conventions entre caisses et médecins au sens de l'art. 16 LAMA, ou encore l'exclusion d'un médecin pour des motifs tirés de sa personne ou de son activité professionnelle, prévue par l'art. 24 LAMA (BERTSCHINGER, Das direkte Forderungsrecht des Arztes gegen die anerkannten Krankenkassen, thèse Zurich 1965, p. 51 ss; SCHWEIZER, Die kantonalen Schiedsgerichte für Streitigkeiten zwischen Ärzten oder Apothekern und Krankenkassen, Zurich 1957, p. 32 ss; voir aussi les précédents cités par ces auteurs, ainsi que la jurisprudence rendue avant le 1er janvier 1965 par le Conseil fédéral, en particulier JAAC 1961 No 57 p. 98, 1953 No 12 p. 25, 1951 No 118 p. 176). Par ailleurs, comme l'a précisé la Cour de céans (ATF 97 V 22), les dispositions de la LAMA sur le tribunal arbitral constituent, par rapport aux dispositions qui instituent la compétence générale des tribunaux cantonaux des assurances, une "lex specialis" qui y déroge; lorsqu'une caisse a une contestation avec un tiers selon l'art. 30bis LAMA et que ce tiers est un médecin, c'est l'art. 25 LAMA qui est seul applicable. Il importe peu, à cet égard, qu'il s'agisse d'un médecin conventionné ou non, la contestation pouvant porter, précisément, sur le statut du médecin à l'égard des caisses (SCHÄREN, Die Stellung des Arztes in der sozialen Krankenversicherung, thèse Zurich 1973, p. 362; cf. p.ex. ATF 97 V 13 et la jurisprudence administrative précitée), ni que la contestation oppose le médecin à une caisse en particulier ou, comme dans le cas présent, à une fédération de caisses-maladie (JAAC 1961 No 57 p. 98, déjà cité). Il résulte de ce qui précède que, en l'occurrence, la contestation opposant les médecins vaudois à la FVCM, ou aux caisses qui en sont membres, entrait dans la compétence du Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud. c) Autre est la question de la qualité des parties pour agir et pour défendre devant le tribunal arbitral, qui porte sur le fond du litige, et celle de savoir si les demandeurs peuvent justifier d'un intérêt suffisant pour agir. La qualité des médecins demandeurs pour intenter l'action prévue par l'art. 25 LAMA découle de leur situation de médecins non conventionnés directement concernés par la mesure litigieuse. Il y a lieu d'admettre par ailleurs, pour les motifs qui seront exposés au considérant 2b ci-dessous, que les demandeurs possèdent en l'occurrence un intérêt digne de protection. Leur action est donc recevable.

Quant aux défenderesses, il y a lieu de relever que si la jurisprudence dénie aux fédérations de caisses-maladie la qualité pour faire valoir, par la voie de la procédure arbitrale, des créances pécuniaires découlant d'un traitement non économique au sens de l'art. 23 LAMA, c'est parce que seules les caisses sont, en principe, titulaires de telles créances (ATF 110 V 347, ainsi que les arrêts cités). Mais en l'espèce, c'est la légalité d'une décision de la Fédération vaudoise des caisses-maladie, prise par son assemblée des délégués, qui est contestée par les médecins demandeurs et recourants. Il ne fait pas de doute que, en tant qu'auteur de la mesure incriminée, ladite fédération a qualité pour défendre à l'action de ces derniers. Cette qualité doit être reconnue, par ailleurs, également aux caisses membres de la FVCM, lesquelles sont liées par ladite décision aux termes des statuts de la FVCM (art. 5 al. 2 let. d) et, partant, contraintes d'appliquer cette mesure. C'est ainsi à bon droit que - indépendamment de leurs rapports de représentation fondés sur les statuts de la FVCM - la Fédération vaudoise des caisses-maladie d'une part, et les caisses-maladie affiliées à celle-ci d'autre part, sont intervenues en l'espèce comme parties défenderesses dans la procédure arbitrale.

2. a) D'après l'art. 30ter LAMA, les jugements des tribunaux arbitraux ou des tribunaux cantonaux des assurances peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral des assurances. Le recours n'est toutefois pas recevable, notamment, contre des décisions concernant des tarifs (art. 129 al. 1 let. b OJ) ni contre des décisions concernant l'octroi ou le refus de prestations pécuniaires auxquelles la législation fédérale ne confère pas un droit, à l'exception des décisions concernant l'octroi d'un sursis ou la remise de cotisations d'assurance (art. 129 al. 1 let. c OJ). En l'espèce, la contestation ne porte pas - contrairement à ce que paraît admettre la juridiction cantonale - sur un tarif médical ou sur l'application d'un tel tarif, mais sur le droit des médecins demandeurs et recourants de traiter les assurés des caisses affiliées à la FVCM aux frais de l'assurance-maladie. Les défenderesses font valoir, en revanche, que le recours est irrecevable en application de l'art. 129 al. 1 let. c OJ, parce que "la couverture des notes d'honoraires des médecins non conventionnés constitue une prestation à bien plaire, soit une prestation à laquelle la législation fédérale ne confère aucun droit". Cet argument est dénué de pertinence. D'une part, le procès ne concerne pas, en

l'occurrence, le refus d'une prestation pécuniaire; le jugement entrepris représente bien plutôt une décision ayant pour objet de rejeter une demande tendant à constater des droits ou obligations, au sens de l'art. 5 al. 1 let. c PA. D'autre part, ce qui est déterminant pour l'irrecevabilité éventuelle du recours en application de l'art. 129 al. 1 let. c OJ, ce n'est pas de savoir si, subjectivement, les recourants ont droit à la prise en charge de leurs honoraires, question qui relève du fond du litige, ni si leur qualité de médecins non conventionnés les empêche ou non de faire reconnaître ce droit par la voie du recours de droit administratif, ce point ayant trait à la qualité pour recourir. Il faut - et il suffit - que, de par leur nature, les prestations en question soient de celles auxquelles la législation fédérale confère un droit, c'est-à-dire que leur octroi par l'autorité compétente ne dépende pas essentiellement de l'appréciation de celle-ci (cf. ATF 106 V 96 consid. 1a, ATF 96 V 126; RJAM 1981 No 468 p. 278, ainsi que les références; GYGI, op.cit., p. 108-111). Tel est le cas des prestations fournies par les caisses-maladie - dans les limites des conditions légales et statutaires - pour les soins donnés par un médecin, notamment pour les soins ambulatoires (art. 12 al. 2 LAMA). Les défenderesses invoquent, par ailleurs, la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 103 Ib 154) selon laquelle le recours de droit administratif n'est pas recevable contre un refus d'adjudication de travaux par la collectivité publique à une entreprise soumissionnaire, situation qu'elles considèrent comme analogue à celle des recourants, dès lors que la décision attaquée revient à refuser de confier le soin des assurés comme tels aux médecins non conventionnés. Ce point de vue des défenderesses est erroné. C'est en raison de leur caractère de droit privé que - selon la doctrine dominante et le Tribunal fédéral (GRISEL, Traité de droit administratif, p. 119, ainsi que la jurisprudence citée) - certains actes de l'administration tels que l'adjudication de travaux publics ne peuvent constituer des décisions sujettes à recours au sens de l'art. 97 OJ, en corrélation avec l'art. 5 PA. Mais les rapports entre médecins et caisses dans l'assurance-maladie, litigieux en l'espèce, sont régis par la LAMA et non par le droit civil même

si - formellement - les contrats sur lesquels ils se fondent sont considérés par une partie de la doctrine comme des contrats sui generis de droit privé (SCHÄREN, op.cit., p. 172; contra: MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. I, p. 144). Ils ressortissent au droit fédéral des assurances sociales, et relèvent de

BGE 111 V 342 S. 350

ce fait de la compétence juridictionnelle du Tribunal fédéral des assurances en vertu des art. 128 OJ et 30ter LAMA. b) Aux termes de l'art. 103 let. a OJ, a qualité pour recourir quiconque est atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 110 V 150 consid. 2c, ATF 109 V 59, ATF 108 Ib 93, 106 V 188 consid. 1; DTA 1980 No 30 p. 62). Ces principes déterminent également la recevabilité de l'action ouverte par les médecins recourants devant l'autorité de première instance. En vertu de la force dérogatoire du droit fédéral et conformément au principe de l'unité de la procédure, en effet, la qualité pour agir devant les autorités administratives et juridictionnelles cantonales dont les décisions sont sujettes au recours de droit administratif ne peut être subordonnée à des conditions plus strictes que celles qui régissent la qualité pour recourir au sens de l'art. 103 let. a OJ et de l'art. 48 let. a PA, de même contenu (ATF 110 V 150 consid. 2c précité, ATF 108 Ib 94 et 250, ATF 104 Ib 248, ATF 103 Ib 147, ATF 102 V 12, ATF 101 V 123, ATF 99 V 167, ATF 98 V 54; RCC 1979 p. 124; DTA 1983 No 9 p. 41 consid. 2b; GRISEL, op.cit., p. 901; GYGI, op.cit., p. 151 ch. 2.2). Les recourants allèguent que la mesure qu'ils contestent, prise par la FVCM et appliquée par les caisses-maladie vaudoises, leur préjudicie gravement en ce sens qu'elle conduit nécessairement à les priver d'une partie importante de leur clientèle dès l'instant où les soins qu'ils prodiguent ne sont plus pris en charge par l'assurance-maladie. Il est indiscutable que, en cela, les recourants ont - à tout le moins de fait - un intérêt notable à l'annulation de ladite mesure et du jugement qui les déboute. Cela suffit pour leur conférer la qualité pour recourir et, comme on l'a vu, pour justifier l'entrée en matière par la juridiction cantonale. Il convient de noter, à cet égard, que la notion d'intérêt spécial et direct - qui constitue un des aspects de l'intérêt digne de protection d'un tiers, étranger aux rapports juridiques qui forment l'objet de la contestation

BGE 111 V 342 S. 351

(v. p.ex. ATF 110 V 149 ss, ATF 104 Ib 249 consid. 5c, ATF 101 V 123; DTA 1983 No 9 p. 38; RCC 1979 p. 124; GYGI, op.cit., p. 132-133) - est sans portée pratique en l'espèce, car elle se confond, dans le cadre d'une contestation au sens de l'art. 25 LAMA, avec la qualité pour agir quant au fond. Le recours est ainsi recevable.

3. (Pouvoir d'examen limité.)

4. Aux termes de l'art. 15 al. 1 LAMA, si la caisse assure les soins médicaux, tout malade doit pouvoir choisir un médecin parmi ceux qui pratiquent dans son lieu de séjour ou dans les environs. Cependant, l'art. 16 al. 1 LAMA dispose que les caisses peuvent, sur la base des tarifs, passer des conventions avec des médecins ou des associations de médecins et confier exclusivement à ces médecins le traitement des assurés (1re phrase). Les

médecins qui pratiquent régulièrement, depuis un an au moins, dans le territoire de la caisse, peuvent adhérer à ces conventions (2e phrase). Du point de vue des assurés, cette réglementation institue le système dit du "libre choix conditionnel": leur droit de choisir librement un médecin est, en principe, limité aux médecins qui pratiquent à leur lieu de séjour d'une part, et qui ont adhéré à une convention au sens des dispositions précitées, s'il en existe une, d'autre part. Est réservé, toutefois, le cas de l'assuré qui doit suivre un traitement spécial auquel aucun médecin conventionné exerçant à son lieu de séjour ou dans les environs n'est en mesure de procéder (art. 20 Ord. III LAMA; ATFA 1968 p. 178). A l'égard des caisses-maladie, le principe du libre choix du médecin prévu par l'art. 15 al. 1 LAMA constitue une restriction importante de la liberté de celles-ci d'organiser à leur gré les rapports avec leurs membres et avec les médecins, exprimée par l'art. 1er al. 2 LAMA; en ce sens, la faculté que leur accorde l'art. 16 al. 1 LAMA de confier le traitement des assurés exclusivement à certains médecins représente la suppression partielle de cette restriction (EGLI, Die rechtliche Stellung des Arztes in der Krankenversicherung, 1938, p. 60-61).

5. a) Selon les recourants, la décision prise par la FVCM le 23 mars 1983 est illégale dans la mesure où la loi exige que le droit des caisses-maladie de confier le traitement des assurés exclusivement aux médecins conventionnés fasse l'objet d'une clause conventionnelle, laquelle doit en outre être formulée en termes exprès, ce qui n'est, d'après eux, pas le cas en l'occurrence.

b) Le point de savoir si le droit des caisses-maladie de confier le traitement de leurs assurés aux seuls médecins avec lesquels elles ont passé une convention est subordonné à une telle condition n'a jamais été abordé par le Tribunal fédéral des assurances. Ainsi ne peut-on rien déduire à ce propos des principaux arrêts rendus dans le cadre de l'art. 16 al. 1 1re phrase LAMA (ATF 101 V 65, ATF 97 V 9; ATFA 1968 p. 178; RAMA 1984 No K 593 p. 228; RJAM 1976 No 254 p. 123, 1969 No 49 p. 106). Cependant, la doctrine - qui, précédemment, ne s'était guère arrêtée à cette question qu'accessoirement, sans l'examiner de manière explicite (p.ex. MAURER, op.cit., vol. II, p. 356; EGLI, op.cit., p. 65) - s'est intéressée de près à ce problème à l'occasion du litige même qui oppose en l'espèce les recourants à la FVCM. Selon PFLUGER (avis de droit No 1413 publié dans Schweizerische Krankenkassen-Zeitung 1984, p. 52), l'existence d'une convention entre médecins et caisses-maladie ne permet pas à elle seule de refuser le traitement des assurés par des médecins non conventionnés; il faut bien plutôt que cette exclusivité des médecins conventionnés résulte, au moins tacitement, de la convention. Prenant le contre-pied de cette opinion, DUC (Revue LAMM/LAA 1984, p. 35 ss) déduit en revanche du texte de l'art. 16 al. 1 LAMA que l'existence d'une convention autorise les caisses à confier unilatéralement aux seuls médecins signataires ou adhérents le traitement de leurs assurés malades. Il renvoie aux avis de GIORGIO (Les assurances sociales en Suisse, in: La Suisse économique et sociale, Einsiedeln 1926, p. 685) et PELET (Les relations juridiques entre médecins et caisses d'assurance-maladie d'après la LAMA du 13 juin 1911, thèse Lausanne 1925, p. 52 et p. 88-89) et relève, en résumé, que cette interprétation résulte également du système de la loi, en précisant notamment ce qui suit: "La conclusion d'une convention, qui peut prévoir le système du tiers payant, présente de l'intérêt pour les deux partenaires en présence, à condition toutefois qu'il ne soit pas possible d'obtenir les mêmes avantages en demeurant en dehors du régime conventionnel. Ainsi, les médecins qui s'accommodent des contraintes inhérentes à une convention doivent-ils jouir en principe d'un monopole en matière de traitement des assurés des caisses signataires, faute de quoi ils verront leurs confrères non liés bénéficier des avantages du système sans avoir à en supporter les inconvénients. Aussi bien le législateur a-t-il aménagé un large droit d'adhésion aux conventions existantes, dans le dessein évident nous semble-t-il de supprimer les conséquences de ce monopole, s'agissant des médecins prêts à collaborer conformément à la loi à l'application de l'assurance-maladie sociale (article 16 alinéa 1 dernière phrase LAMA).

Mais il est patent également que les caisses ont le plus haut intérêt à pouvoir refuser de verser leurs prestations pour les traitements effectués ou ordonnés par des médecins n'ayant pas signé la convention, afin de ne pas inciter ces derniers à demeurer en marge du régime conventionnel, ce qui serait contraire au but avoué du législateur." c) Si le texte de la loi n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il y a lieu de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégageant de tous les éléments à considérer, soit notamment du but de la règle, de son esprit ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose. Le sens qu'elle prend dans son contexte est également important (ATF 110 V 122, ATF 109 V 33, ATF 108 V 240 consid. 4b, ATF 107 V 215 consid. 2b). Comme le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de l'exposer récemment (ATF 111 V 362 consid. 3a/bb), les travaux préparatoires du Parlement relatifs au texte des actuels articles 15 et 16 LAMA (qui n'a pas été modifié depuis la promulgation de la loi) montrent que ces dispositions représentent le fruit d'un compromis entre les revendications du corps médical - qui réclamait la reconnaissance du libre choix du médecin - et celles des caisses, qui exigeaient qu'on leur accordât le droit d'exercer une influence sur l'application des tarifs et de confier le traitement de leurs assurés à certains médecins seulement (BSt. 1910 CE 86 et 91). Ces deux exigences des caisses étaient étroitement liées. Pour le législateur, comme d'ailleurs dans l'esprit des caisses, elles paraissent même n'en avoir constitué qu'une seule: celle de donner aux caisses la possibilité de se protéger contre les effets du libre choix absolu du médecin - tel qu'il avait été prévu initialement par le Conseil national - au moyen de conventions sur l'application des tarifs étatiques, leur permettant de parer aux risques d'une pratique abusive de la part des médecins, préjudiciable à leurs intérêts. De leur côté, ces derniers craignaient que ces conventions soient conclues avec quelques médecins seulement, et qu'elles instituent ainsi le système du "médecin de caisse", dont la plupart d'entre eux seraient exclus (BSt. CE 1910 412-414). En définitive, la réglementation qui a été adoptée représente un consensus fondé sur l'idée qu'il convenait "d'entourer le libre choix du médecin d'un certain nombre de garanties qui se trouveraient prescrites par un contrat", étant entendu que "tous les médecins peuvent être médecins de caisse à la condition cependant qu'ils adhèrent au contrat" (BSt. CE 1911 40-41).

BGE 111 V 342 S. 354

Il s'avère ainsi que l'exclusivité du traitement des assurés par les médecins conventionnés a été conçue comme une conséquence naturelle de la convention, et son utile corollaire. En revanche, elle n'en constitue pas un élément objectivement indispensable, ainsi que l'exprime le texte de l'art. 16 al. 1 1re phrase LAMA, qui énonce deux possibilités distinctes: celle de passer des conventions d'une part, et celle de confier le traitement des assurés exclusivement aux médecins conventionnés d'autre part. Il n'y a pas, en effet, de raisons d'exiger des parties, contre leur gré, que leurs relations conventionnelles soient exclusives. Aussi bien la loi n'impose-t-elle pas le monopole des médecins conventionnés, ni ne contraint caisses et médecins à se lier par une convention. Le droit des caisses-maladie de ne confier le traitement de leurs assurés qu'aux médecins conventionnés se présente donc, en premier lieu, comme une faculté légale des caisses. Aussi ne peut-on souscrire entièrement à l'opinion de la juridiction cantonale, selon laquelle la conclusion d'une convention entraîne ipso jure l'exclusion des médecins non conventionnés du droit de traiter les assurés des caisses, soit que la convention emporte un effet légal auquel les parties ne peuvent pas se soustraire. d) Cela ne signifie pas, toutefois, que le législateur ait voulu faire dépendre le droit de confier le traitement des assurés uniquement aux médecins conventionnés d'un accord spécial des parties à la convention. A l'appui de leur conclusion, les recourants arguënt, d'une part, du fait que les médecins conventionnés ont accepté, en l'occurrence, le principe du remboursement par les caisses-maladie des traitements fournis par les médecins non signataires de la convention, et ne réclament donc pas l'exclusivité du traitement des assurés, de sorte que la mesure contestée de la FVCM revient à accorder aux "principaux intéressés" un avantage dont ceux-ci ne veulent pas. Il est exact, au vu du dossier, que la Société vaudoise de médecine ne s'est pas opposée - du moins lors de l'établissement des conventions qui se sont succédé dès 1969 - à la prise en charge des traitements prodigués par les médecins non conventionnés, sous réserve du respect par ceux-ci des tarifs en vigueur. On ne peut toutefois rien en déduire qui soit en faveur des recourants. Certes, les médecins qui ont adhéré à une convention sont intéressés par la question de l'exclusivité du traitement des assurés, tout particulièrement lorsque l'on évoque, comme dans le cas d'espèce auquel se

réfèrent les recourants

BGE 111 V 342 S. 355

(RJAM 1973 No 177 p. 156), leur droit éventuel de s'opposer à une pratique de la caisse consistant à prendre en charge - en violation de ses engagements conventionnels à l'égard des médecins - le traitement fourni par un médecin non conventionné, problème qui excède le cadre du présent litige. Il n'en demeure pas moins que, comme on l'a vu, l'intérêt des caisses en cette matière est, par définition, également essentiel. Aussi bien, le fait que la jurisprudence (ATF 101 V 68 in initio) a discerné, parmi les buts de l'art. 16 al. 1 LAMA, notamment celui de permettre aux caisses-maladie d'accorder un avantage aux médecins en échange de l'engagement qu'ils prennent de soigner les assurés à certaines conditions, n'y change rien. Les recourants sont, au demeurant, malvenus à invoquer les intérêts réciproques des parties à une convention à laquelle ils refusent d'adhérer. Les recourants font valoir ensuite que le libre choix du médecin, qui devait demeurer la règle aux yeux du législateur, est un droit constitutionnel non écrit, et que l'exclusivité accordée aux médecins conventionnés est une exception pour laquelle on doit faire preuve "des mêmes exigences que pour les dérogations apportées aux droits fondamentaux". Cependant, contrairement à ce que les recourants voudraient déduire de la jurisprudence qu'ils invoquent sur ce point (ATFA 1968 p. 181 consid. 2), il est inexact d'élever le droit au libre choix absolu du médecin - dont le législateur n'a précisément pas voulu - au rang d'une véritable garantie constitutionnelle non écrite. Aussi ne s'agit-il pas, en l'espèce, d'examiner si et dans quelle mesure l'art. 16 al. 1 LAMA respecte ou non les normes constitutionnelles protégeant les libertés fondamentales, ce que la Cour de céans n'aurait d'ailleurs pas la compétence de faire, mais de dégager l'intention du législateur quant aux modalités d'application du principe du libre choix conditionnel tel qu'il a été consacré par les art. 15 et 16 LAMA. En outre, les recourants invoquent le fait que les conventions doivent, pour être valables, être approuvées par le gouvernement cantonal, lequel examine si les taxes prévues et les autres dispositions de la convention sont conformes à la loi et à l'équité (art. 22 al. 3 LAMA). On ne voit pas, cependant, en quoi l'obligation de soumettre les conventions à l'examen des autorités cantonales pourrait conduire à exiger des parties qu'elles s'expriment formellement sur le droit d'utiliser une faculté qui découle de la loi.

BGE 111 V 342 S. 356

Enfin, les recourants soutiennent qu'il est contraire au système de la LAMA et au statut des caisses-maladie - tenues de prendre leurs décisions en toute indépendance - que la FVCM impose à toutes les caisses qui lui sont affiliées la mesure qu'elle a prise le 23 mars 1983, laquelle représente au surplus, en raison de sa gravité, une violation du principe de la proportionnalité. Cette objection, à supposer que les recourants puissent invoquer à leur profit les relations internes entre les caisses et la fédération à laquelle elles appartiennent, est sans fondement, car la législation fédérale en matière d'assurance-maladie ne restreint nullement la liberté d'association des caisses. Par ailleurs, le principe de la proportionnalité est une règle qui régit l'activité administrative, et non celle du législateur; il ne permet donc pas de contester une mesure qui s'inscrit dans le cadre strict de la loi. e) Ainsi, parmi les arguments des recourants, on n'en distingue aucun qui permette de se convaincre du bien-fondé de la thèse de PFLUGER, citée plus haut. Il faut relever, au demeurant, que l'avis de droit de cet auteur se fonde moins sur une analyse du point de savoir si, en principe, le fait de confier le traitement des assurés aux médecins conventionnés exclusivement doit être exprimé dans la convention - ce que l'auteur admet comme une prémisse - que sur l'examen des termes de la convention applicable en l'espèce et du sens qu'il convient de leur donner, question qui s'avère, en réalité, subsidiaire.
La juridiction cantonale a rappelé à juste titre que le régime des conventions constitue le régime normal dans l'assurance-maladie, que la LAMA vise à favoriser celui-ci, et qu'il s'agit donc de ne pas affaiblir ce système (cf. p.ex. ATF 97 V 13 -14; FF 1962 II 1258). Or, la solution que les recourants préconisent, consistant à

soumettre à l'existence d'une clause conventionnelle expresse le droit des caisses de confier le traitement des assurés aux seuls médecins conventionnés - outre qu'une telle restriction n'est pas nécessaire à la protection des intérêts des parties signataires de la convention - n'est guère conciliable avec ces buts du législateur. En conséquence, et compte tenu de ce qui a été exposé plus haut (consid. 5c), il convient de se rallier à l'avis pertinent de DUC (loc.cit., p. 36) selon lequel "la loi présume l'effet d'exclusion des conventions". Il faut admettre, en d'autres termes, que l'existence même d'une convention constitue la condition suffisante de l'exercice par la caisse de sa faculté légale de confier le traitement de ses assurés aux médecins conventionnés exclusivement, la caisse

étant libre, en revanche, de ne pas faire usage de cette faculté, sous réserve de ses obligations éventuelles à l'égard des médecins conventionnés.

6. Dès lors que la décision contestée de la FVCM trouve son fondement dans l'existence même d'une convention, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur le point de savoir si le ch. 4 de la convention du 6 juillet 1982, selon lequel les caisses-maladie s'engagent à prendre en charge les traitements effectués ou prescrits par les médecins qui ont adhéré à la convention, constitue ou non une clause excluant - expressément ou tacitement - le traitement des assurés par les médecins non conventionnés. Il n'y a pas lieu non plus d'examiner, en l'espèce, quelles sont les éventuelles restrictions au droit des caisses intimées de refuser la prise en charge d'un traitement en application de la décision de la FVCM, cette question relevant des rapports entre les caisses et leurs assurés, qui sont réglés notamment par les statuts des caisses-maladie concernées (cf. en particulier RAMA 1984 No K 593 p. 228 consid. 2), et qui ne forment pas l'objet de la présente contestation. Ainsi, dans la mesure où il constate que la décision prise par la FVCM en date du 23 mars 1983 est conforme au droit fédéral, le jugement entrepris n'est pas critiquable, de sorte que le recours est mal fondé.

7. (Frais.)

Dispositiv

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