Urteilskopf

97 V 20

5. Extrait de l'arrêt du 8 février 1971 dans la cause Société vaudoise et romande de secours mutuels contre Nicolier et Tribunaldes assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 25, 30 und 30bis KUVG: Streitigkeit zwischen Kasse und Versichertem über den anwendbaren Tarifbeim System des "tiers garant".

Der Versicherte muss entweder das kantonale Versicherungsgericht anrufen oder die Kasse ersuchen, beim Schiedsgericht Klage gegen den Arzt einzureichen, dessen Kostennote streitig ist.

Regeste (fr):
Art. 25, 30 et 30bis LAMA: Contestation entre caisse et assuré sur le tarif applicable dans le système du tiers garant.

L'assuré doit ou bien saisir le tribunal cantonal des assurances ou bien requérir la caisse de saisir le tribunal arbitral d'une action dirigée contre le médecin dont la note est contestée.

Regesto (it):
Art. 25, 30 e 30bis LAMI: Contestazione fra cassa e assicurato circa la tariffa applicabile nel sistema del terzo garante.

L'assicurato deve o adire il tribunale cantonale delle assicurazioni o chiedere alla cassa di agire davanti al tribunale arbitrale contro il medico il cui onorario è contestato.

Sachverhalt ab Seite 20

A.- John Nicolier est assuré auprès de la Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM), qui est une caissemaladie reconnue, pour les frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie. Du 29 janvier au 10 mars 1969, il a été traité ambulatoirement au cabinet du Dr G., chirurgien. Le traitement a consisté en trois consultations auprès du médecin personnellement et en vingt-cinq extensions de la colonne cervicale, exécutées par le personnel paramédical au service du Dr G...

B.- Le Dr G. remit deux notes à John Nicolier. La première, pour les consultations, s'élevait à 48 fr. La seconde, de 264 fr., concernait les séances d'extension et portait l'en-tête: "Institut de physiothérapie du Dr E. G."; elle était fondée sur la convention des physiothérapeutes (25 séances à 9 fr. 60 = 240 fr., plus une majoration de 10%. John Nicolier paya ces notes et les transmit à sa caisse-maladie. La Société vaudoise et romande de secours mutuels constata que la première note était conforme au tarif médical. Elle admit donc de la rembourser à son assuré. En revanche, elle estima que, le Dr G. n'étant pas un physiothérapeute mais un médecin, le tarif médical était aussi applicable à la seconde note. Elle

admit donc de la rembourser jusqu'à concurrence du dit tarif, soit de 206 fr. 25 seulement (25 séances à 8 fr. 25). John Nicolier recourut contre cette décision, en exigeant le remboursement intégral de la seconde note, selon le tarif des physiothérapeutes... Le 21 mai 1970, le Président du Tribunal cantonal des assurances admit le recours et annula la décision attaquée. Selon le premier juge, la caisse-maladie intimée n'était pas habilitée à trancher dans une décision, adressée à l'assuré, un conflit portant sur l'application d'un tarif par un médecin, mais elle aurait dû en saisir le tribunal arbitral...

Erwägungen

Considérant en droit:

1. Aux termes de l'art. 25 al. 1er LAMA, les contestations entre caisses, d'une part, 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. Aux termes de l'art. 25 al. 3, le tribunal arbitral est également compétent lorsque les honoraires sont dus par l'assuré; en pareil cas, la caisse doit, à ses frais, sur requête de l'assuré, le représenter au procès, à moins que la demande ne paraisse vouée à l'échec; la caisse est autorisée à intenter elle-même l'action, même si les honoraires ont déjà été payés par l'assuré, en tant que débiteur. Selon les art. 30 et 30bis LAMA, lorsque l'assuré n'accepte pas une décision de la caisse, celle-ci la lui communique par écrit avec indication des voies de droit; l'assuré dispose d'un délai de 30 jours dès cette communication pour recourir auprès du tribunal cantonal des assurances, qui connaît "des contestations des caisses entre elles ou avec leurs assurés ou des tiers qui concernent des droits que les parties font valoir en se fondant sur la présente loi, les dispositions d'exécution fédérales ou cantonales ou les dispositions établies par les caisses". Les cantons règlent la procédure des deux tribunaux. En cela, ils jouissent d'une plus grande liberté en ce qui concerne le tribunal arbitral (art. 25 al. 4 et 5 LAMA) qu'en ce qui concerne le tribunal cantonal des assurances (art. 30bis al. 3). C'est ainsi qu'en vertu du droit fédéral la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est en principe gratuite; en revanche,

le canton de Vaud, par exemple, a pu instituer pour le tribunal arbitral une procédure onéreuse, et même fort coûteuse, puisque sont mis à la charge des parties non seulement les frais de procédure et - règle générale - des dépens, mais encore les indemnités allouées aux deux arbitres. Les dispositions 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. Il est évident que, 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 qui est seul applicable. Mais la question que pose le présent litige est bien différente: lorsqu'une caisse a une contestation avec un assuré sur l'application d'un tarif, est-elle obligée d'ouvrir action contre le médecin qui a présenté la note contestée, même si l'assuré ne lui demande pas de le faire, ou a-t-elle au contraire la faculté de limiter le procès aux relations internes entre caisse et assuré? Dans la seconde éventualité, le jugement - rendu par le tribunal des assurances - ne sera pas opposable au médecin, de sorte que la caisse ne sera amenée à procéder ainsi que dans un système où l'assuré est le débiteur du médecin, mais dispose contre la caisse d'une créance en versement des prestations statutaires (système du tiers garant), comme c'est le cas en l'espèce. Car il ne serait pas concevable que le médecin soit lié par

une décision judiciaire rendue dans un procès auquel il n'aurait pas participé, ni même été en droit de participer.

2. Or, le système du tiers garant présente la particularité, considérée par les uns comme un avantage et par les autres comme un inconvénient, de maintenir malgré l'existence d'une assurance des liens juridiques étroits, si ce n'est exclusifs, entre l'assuré et son médecin. Dès lors, quand la caisse-maladie conteste le montant de la note du médecin, l'assuré doit être libre soit de demander à la caisse d'ouvrir action devant le tribunal arbitral, conformément à l'art. 25 al. 3 LAMA, soit de plaider lui-même contre la caisse devant le tribunal des assurances, au risque de payer de sa poche le montant litigieux. L'art. 25 LAMA est clair: en dehors de l'hypothèse d'une requête de l'assuré, prévue par l'al. 3, la caisse-maladie n'est jamais obligée de saisir le tribunal arbitral. Une telle obligation irait souvent, d'ailleurs, à l'encontre des intérêts de l'assuré, qui peut légitimement ne pas vouloir gâter ses relations avec

son médecin en lui suscitant un procès, mais désirer seulement tenter de recevoir de l'assurance l'indemnité la plus forte. Selon le premier juge, on risquerait des jugements contradictoires si, dans le même procès, l'assuré saisissait d'abord le tribunal des assurances puis requérait la caisse de saisir le tribunal arbitral. On peut répondre à cette objection que, si le tribunal arbitral est saisi avant que le tribunal des assurances ait jugé, ce dernier suspendra sa décision dans l'attente de celle du tribunal arbitral. Si le tribunal arbitral est saisi après, son jugement ne produira d'effets que dans les relations de la caisse avec le médecin; quant aux relations entre la caisse et l'assuré, l'action se heurtera à l'exception de chose jugée. Autant dire que le tribunal arbitral refusera d'entrer en matière, faute d'intérêt litigieux, sauf quand la caisse ou le médecin auront, eux, un intérêt à obtenir un jugement du tribunal arbitral quoique les relations caisse-assuré soient définitivement réglées par un jugement du tribunal des assurances. L'Office fédéral des assurances sociales, qui se rallie pourtant dans son préavis à la solution du premier juge, reconnaît que l'existence d'un jugement du tribunal arbitral n'empêche pas l'assuré de recourir auprès du tribunal cantonal contre la décision de la caisse fondée sur le jugement arbitral. C'est dire que le risque, du moins théorique, de jugements contradictoires, existe que l'on adopte l'une ou l'autre solution. Au vrai, on peut se demander si un jugement arbitral antérieur ne lie pas le tribunal cantonal quant aux questions de tarifs et d'honoraires et lorsque l'assuré avait requis la caisse de procéder en son nom, à lui assuré. Rien, dans le message du Conseil fédéral du 5 juin 1961, n'indique que l'intention des rédacteurs du projet de loi ait été d'empêcher un assuré de porter devant le tribunal cantonal des assurances une contestation qui se serait élevée entre lui, assuré, et sa caisse-maladie au sujet de l'application d'un tarif. Aussi bien que l'art. 25 du projet ne contenait-il pas encore son actuel alinéa 3 (FF 1961 I p. 1472, 1505 et 1508). En revanche, dans le message complémentaire du 16 novembre 1962, le Conseil fédéral justifie l'adjonction du dit alinéa 3 en ces termes (FF 1962 II p. 1269):
"2. Les caisses-maladie n'ont admis l'institution du tiers garant légal pour les personnes assurées facultativement qu'à la condition que le tribunal arbitral cantonal prévu à l'article 25 du projet de loi du 5 juin 1961 soit déclaré aussi compétent pour juger des contestations

dans ces cas-là, de façon qu'il n'y ait pas divers tribunaux appelés à appliquer les mêmes dispositions, ce qui peut entraîner des interprétations divergentes. En outre, il faut que les caisses puissent intenter d'elles-mêmes action même si l'assuré a déjà payé, en tant que débiteur, les honoraires du médecin, sinon leur droit serait illusoire. Ces demandes des caisses sont justifiées. Il est, en effet, nécessaire, dans l'intérêt de l'uniformité du

contentieux dans l'assurancemaladie, que toutes les contestations d'honoraires soient du ressort du tribunal arbitral cantonal. Quant au droit de la caisse d'intenter d'elle-même l'action même lorsque l'assuré a déjà payé les honoraires du médecin, il faut relever que l'assuré n'est souvent pas en mesure de juger si un traitement est économique et si, par conséquent, il se justifie d'en payer les frais. Selon les circonstances, seul un examen ultérieur fait, en toute compétence, par la caisse, d'après les pièces qui lui ont été adressées pour la fixation de ses prestations, permet d'établir qu'il y a eu traitement non économique ou que des tarifs liant le médecin n'ont pas été respectés. La caisse pourrait alors réduire ses prestations en conséquence, ce qui aurait pour résultat que l'assuré devrait supporter la différence entre ce qu'il a payé et ce qui lui est versé par la caisse. C'est précisément pour protéger l'assuré contre des désagréments de ce genre qu'il faut prévoir que la caisse peut intenter action devant le tribunal arbitral même lorsque l'assuré a déjà payé les honoraires du médecin. L'article 25 doit donc être complété en conséquence." Il est donc indéniable que le Conseil fédéral désirait unifier la compétence des tribunaux en matière de contestations d'honoraires. Mais, pour réaliser entièrement ce dessein, il eût fallu dire à l'article 25 al. 1er LAMA que les contestations entre caisses ou assurés, d'une part, et médecins, etc., d'autre part, ressortissent au tribunal arbitral. En refusant aux assurés l'accès direct au tribunal arbitral, en leur permettant uniquement - à l'alinéa 3 - de mettre en oeuvre une représentante qui ne jouit pas forcément de leur confiance, l'art. 25 ne garantit pas suffisamment le droit des assurés de contester l'application des tarifs. Le moyen normal d'y remédier, sans que le juge ait à faire oeuvre de législateur, est d'autoriser l'action directe de l'assuré contre la caisse, conformément aux articles 30 et 30bis. Il faut bien avouer que cela ne règle ni le cas de l'assuré qui voudrait agir directement contre le médecin, ni celui du médecin qui voudrait agir directement contre l'assuré; mais la loi exclut la possibilité de telles actions, qui ne seraient recevables ni selon l'art. 25 ni selon les art. 30 et 30bis. De même, ainsi qu'on l'a vu plus haut, la loi n'a pas réalisé le voeu du Conseil fédéral d'épargner à l'assuré, dans le régime

du tiers garant, tout risque de devoir supporter la différence entre ce qu'il a payé et ce qui lui est versé par la caisse. Il eût fallu pour cela contraindre la caisse à saisir le tribunal arbitral chaque fois qu'elle réduit ses prestations par rapport à la note qu'a payée l'assuré, et non pas seulement sur requête de l'assuré.

3. La recourante obtient donc gain de cause et il faut renvoyer le dossier au Tribunal des assurances du canton de Vaud, afin qu'il statue sur le fond. Mais il reste loisible à l'intimé de requérir la caisse de saisir le tribunal arbitral d'une action dirigée contre le Dr G. La loi fédérale ne soumet cette démarche à aucun délai, non plus que l'ouverture de l'action elle-même. Il en va de même de la loi vaudoise (LV du 2 décembre 1959 sur le tribunal des assurances, art. 56-64, ROLV p. 396, revisée le 22 février 1965, ROLV p. 23; cf. arrêté du Conseil d'Etat du 13 août 1968, réglant l'application de la LF du 13 mars 1964, modifiant le premier titre de la LAMA, art. 6, ROLV p. 201). Cela ne signifie pas que la démarche soit possible et que l'action soit recevable en tout temps: il appartiendra à la jurisprudence d'en fixer les limites. Une requête de l'assuré ou une action de la caisse survenant au début du procès au fond devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud ne seraient probablement pas tardives.

4. Vu leur importance, les questions de droit à trancher en l'espèce ont été soumises à la Cour plénière.