Urteilskopf

97 V 9

3. Extrait de l'arrêt du 1er février 1971 dans la cause Société suisse de secours mutuels Helvétia contre Kramer et Tribunal cantonal neuchâtelois des assurances
Regeste (de):
Art. 15 und 16 KUVG: Wahl des Arztes, insbesondere des Spezialarztes.

- Begriff des Spezialarztes.

- Auswirkungen auf den Leistungsanspruch im allgemeinen.

- Tragweite des Art. 20 Vo III über die Krankenversicherung.

Regeste (fr):
Art. 15 et 16 LAMA: Choix du médecin, notamment d'un spécialiste.

- Notion de médecin spécialiste.

- Incidences sur le droit aux prestations en général.

- Portée de l'art. 20 Ord. III sur l'assurance-maladie.

Regesto (it):
Art. 15 e 16 LAMI: Scelta del medico, segnatamente dello specialista.

- Nozione del medico specialista.

- Effetti sul diritto a prestazioni in genere.

- Portata dell'art. 20 Ord. III sull'assicurazione contro le malattie.

Erwägungen ab Seite 9

Extrait des considérants:

2. L'art. 15 al. 1er LAMA dispose que 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, selon l'art. 16 al. 1er LAMA, les caisses peuvent passer des conventions avec des médecins ou des associations de médecins (voir l'art. 22 LAMA) et confier exclusivement à ces médecins le traitement des assurés. Les médecins qui pratiquent régulièrement, depuis un an au moins, dans le territoire de la caisse, peuvent adhérer à ces conventions. Ainsi l'art. 15 al. 1er LAMA établit un principe, auquel l'art. 16 al. 1er LAMA apporte certaines dérogations:

c'est le système du libre choix conditionnel (ATFA 1968 p. 178, plus spécialement p. 182); le droit au libre choix du médecin est limité aux médecins qui, d'une part, pratiquent au lieu de séjour

BGE 97 V 9 S. 10

des assurés et, d'autre part, ont adhéré à une convention entre les médecins et les caisses-maladie, pour autant qu'il en existe une. Cette dernière peut du reste étendre territorialement le droit de choisir un médecin signataire de la convention (voir les décisions de principe nos 104, 173 et 201, rendues avant l'adoption de la novelle de 1964). Suivant l'art. 20 Ord. III, lorsque l'assuré doit suivre un traitement spécial auquel aucun médecin exerçant à son lieu de séjour ou dans les environs n'est en mesure de procéder, il peut s'adresser à un spécialiste pratiquant ailleurs. Toutefois, à valeur égale de plusieurs spécialistes, la caisse n'est tenue de supporter que les frais résultant du traitement de celui qui est le plus rapproché. Ainsi que l'a constaté le Tribunal fédéral des assurances (ATFA 1968 p. 178, plus spécialement p. 183), cette règle vise une situation non prévue par le législateur dans le cadre des art. 15 et 16 LAMA; elle étend territorialement, dans l'hypothèse envisagée, le libre choix du médecin. Cette réglementation ne viole pas la loi, mais en comble une lacune de manière heureuse, en consacrant une pratique antérieure que justifient le développement considérable de la médecine spécialisée et la circonstance que les spécialistes se fixent le plus souvent dans les villes, voire dans les grandes villes.

3. Le présent litige porte avant tout sur la définition du spécialiste en général, au sens de l'art. 20 Ord. III, et, en particulier, sur le point de savoir si cette qualification s'applique au Dr F. S'il devait s'avérer en effet que ce dernier n'a pas cette qualité, la décision de la caisse serait fondée, au regard des règles rappelées plus haut ... Faut-il entendre, par spécialiste, un spécialiste FMH? L'arrêt ATFA 1968 p. 178 semble l'impliquer (voir plus spécialement p. 184), mais sans qu'il soit permis d'en tirer une conclusion absolue. Il est clair que, règle générale, le titre de spécialiste FMH conférera la qualité de spécialiste, au sens de l'art. 20 Ord. III. Mais cela n'exclut pas que, dans certains cas très exceptionnels, la Cour de céans puisse arriver à la conclusion qu'un médecin non porteur d'un diplôme FMH consacrant ses connaissances dans un domaine particulier soit un spécialiste comme l'entend l'art. 20 Ord. III, par exemple parce qu'aucun titre FMH ne serait encore délivré dans la spécialité en question (un problème similaire est posé par la spécialisation dans le cadre d'une spécialité FMH).

BGE 97 V 9 S. 11

Il est constant que le traitement de l'asthme ne constitue pas une spécialité reconnue comme telle par la Fédération des médecins suisses; il n'existe pas de titre de spécialiste FMH dans ce domaine. Pour qualifier tout de même le Dr F. de spécialiste, du seul fait que sa clientèle est essentiellement composée de patients souffrant d'asthme et que ce médecin s'est en fait voué dans une grande mesure au traitement de cette affection, il faudrait donc des raisons impérieuses, qui font défaut dans le cas particulier: il existait, dans la région de Neuchâtel, divers spécialistes que leur formation dans le domaine des maladies pulmonaires rendait aptes à soigner l'intéressée. Certes le père de cette dernière allègue-t-il que le traitement du Dr F. a eu un succès que ceux ordonnés par les autres médecins consultés n'ont pas connu. Mais cela ne saurait suffire pour justifier une dérogation au système consacré par la loi, qui ne garantit aux assurés qu'une liberté limitée dans le choix du médecin. Une interprétation trop large de la notion de spécialiste conduirait en effet à vider les art. 15 et 16 LAMA de leur contenu, ainsi que le relève l'Office fédéral des assurances sociales dans son préavis. En outre, il est nécessaire de recourir à des critères simples, accessibles à chacun. A cet égard, celui de la spécialisation FMH est aisément reconnaissable; il est de plus garant d'une certaine qualité scientifique. Dans ces conditions, l'assurée n'était pas en droit de consulter Dr F., et il n'est pas nécessaire d'examiner encore ce qu'il faut entend-

re par les termes "traitement spécial" utilisés à l'art. 20 Ord. III. Il suffit de rappeler ici que les caisses-maladie ne sont pas tenues d'assumer les frais de médicaments prescrits par un médecin que l'assuré n'est pas autorisé à choisir (voir ATFA 1968 p. 178, plus spécialement p. 185 consid. 6; RJAM 1970 p. 17 no 59, s'agissant de l'hospitalisation occasionnée par un traitement non à la charge des caisses). Il n'est pas indispensable non plus de décider aujourd'hui si, lorsque l'assuré ne fait pas appel au spécialiste le plus rapproché, la caisse est en droit de refuser ses prestations - ce qui pourrait être déduit des textes français et italien de l'art. 20 al. 2 Ord. III - ou si elle doit verser celles qu'elle aurait assumées si le patient avait eu recours aux soins de ce spécialiste - ce que semble laisser entendre la version allemande de la disposition susmentionnée.

4. Les art. 59 et 60 des statuts de la caisse paraphrasent les art. 15 et 16 LAMA (libre choix conditionnel). L'art. 61

quant à lui dispose que lorsqu'un assuré se fait soigner par un autre médecin, il n'a droit à prestations que a) lorsqu'il se trouve, sur ordre de son médecin traitant ou du médecin-conseil, dans un établissement hospitalier ou sanitaire ayant son propre service médical; b) lorsque le médecin traitant, ou le médecin-conseil, juge nécessaire un examen ou un traitement spécial dont aucun des médecins parmi lesquels le membre est libre de choisir ne saurait se charger; c) lorsque, pour d'autres motifs, il s'adresse, avec le consentement de la caisse, à un autre médecin. Dans la mesure où ces règles statutaires sont moins larges que la loi - qui donne au justiciable le droit de consulter de son propre chef un spécialiste -, elles ne sauraient y déroger valablement au détriment de l'assuré. Peu importerait donc que l'intimée ait consulté le Dr F. sans y avoir été envoyée par un autre médecin ou sans le consentement de la caisse, si celui-ci était un spécialiste, tel que défini plus haut. Les circonstances dans lesquelles les statuts de la recourante sont plus favorables n'entrent pas en ligne de compte dans le cas particulier (la spécialisation FMH ne paraît pas nécessaire lorsque le médecin traitant ou le médecin-conseil a jugé nécessaire la consultation d'un autre médecin, ou si la caisse a donné son consentement). Enfin, il est clair que la caisse pouvait valablement refuser de délivrer une nouvelle feuille de maladie, quand bien même elle avait accepté, par le passé, de verser ses prestations à raison du traitement suivi chez le Dr F.: elle avait en effet attiré l'attention des intéressés sur le fait qu'elle ne le ferait plus, à l'avenir.