Urteilskopf

98 V 69

19. Extrait de l'arrêt du 29 mai 1972 dans la cause L'Avenir, Société romande d'assurance-maladie et accidents, contre Beaud et Tribunal cantonal de l'Etat de Fribourg
Regeste (de):
Art. 12 und 21 KUVG.

- Bewertung der zahnärztlichen Eingriffe (Erw. 2) und Stellung der Zahnärzte in der Krankenversicherung (Erw. 3).

- Voraussetzungen und Umfang des Leistungsanspruchs aus Zusatzversicherungen (Erw. 5).

Art. 22quater KUVG.

Lücken in der Tarifordnung: Auswirkungen auf den Leistungsanspruch; Verpflichtung, die zur Bestimmung des anwendbaren Tarifs notwendigen Auskünfte zu erteilen (Erw. 4).

Regeste (fr):
Art. 12 et 21 LAMA.

- Qualification des traitements exécutés par les dentistes (consid. 2) et statut de ces praticiens dans l'assurance-maladie (consid. 3).

- Des conditions et de l'étendue du droit aux prestations des assurances complémentaires (consid. 5).

Art. 22quater LAMA.

Tarif présentant des lacunes: incidences sur le droit aux prestations; obligation de fournir les renseignements nécessaires pour déterminer le tarif applicable (consid. 4).

Regesto (it):
Art. 12 e 21 LAMI.

- Qualifica degli atti terapeutici praticati da dentisti (consid. 2) e statuto di questi professionisti nell'assicurazione contro le malattie (consid. 3).

- Presupposti e ambito del diritto alle prestazioni assicurate a titolo complementare (consid. 5).

Art. 22quater LAMI.

Tariffa lacunosa: incidenze sul diritto alle prestazioni; obbligo di fornire i ragguagli necessari per determinare la tariffa applicabile (consid. 4).

Erwägungen ab Seite 70

BGE 98 V 69 S. 70

Extrait des considérants:

2. Aux termes de l'art. 30 du règlement sur les conditions d'assurance de la caisse recourante, celle-ci n'accorde aucune prestation pour les soins dentaires dans l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques, à l'exception de celles que prévoit le règlement relatif aux traitements dentaires édicté par le Comité central. Il a été admis de tout temps que les caisses reconnues ont le droit d'exclure de l'assurance-maladie les traitements dentaires, donc a fortiori de ne les y admettre que partiellement (v. p.ex. rapport du 11 février 1972 de la Commission fédérale d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie, p. 24 ch. 2.4.3; p. 164 ch. 6.3.). L'art. 30 des conditions d'assurance est ainsi conforme au droit fédéral. Il se réfère à un règlement relatif aux traitements dentaires, qu'on peut résumer ainsi: la caisse paie, dans les limites d'un tarif, les traitements dentaires qui n'ont pour objet ni de soigner ou de conserver les dents elles-mêmes ni de les remplacer par des prothèses. Sont donc prises en charge:

BGE 98 V 69 S. 71

a) l'extraction de dents malades, ou lorsque la mâchoire est malade (art. 1er lit. a); b) l'extraction d'une dent malade et le curetage du foyer purulent (art. 1er lit. b); c) l'incision d'un abcès dentaire aigu et le traitement de la plaie (art. 1er lit. a; cf. art. 2). Le tarif (art. 5) prévoit des prestations modiques.
L'opération litigieuse n'entre dans aucune des catégories a), b) ou c) ci-dessus. La caisse n'a donc pas à l'assumer en vertu de l'art. 1er de son règlement. Est-ce à dire que l'opération soit exclue de l'assurance, comme constituant une opération dentaire autre que celles qu'énumère le dit article? Qui, s'il faut la qualifier de traitement dentaire. Non, si elle relève de la notion de "soins médicaux" au sens de l'art. 12 LAMA. S'agissant d'une infection qui s'est formée plusieurs années après l'extraction autour d'un fragment de la racine de la dent extraite, il semble que l'intervention destinée à enlever cet agrégat, indépendamment de tout dessein de soigner ou de conserver une dent, constitue plutôt le traitement d'une affection de la mâchoire qu'un traitement dentaire. Mais on est bien, comme le dit l'Office fédéral des assurances sociales, en présence d'un cas limite, de sorte qu'on comprend la tentative de la caisse de régler le différend par un paiement volontaire et partiel.

3. L'affection maxillaire en cause étant assurée, il reste à voir si le traitement entrepris par le Dr N., dentiste, donne droit aux prestations de la caisse-maladie. L'art. 12 al. 2 LAMA oblige les caisses à prendre notamment en charge les traitements ambulatoires qui sont fournis par un médecin, par le personnel paramédical sur prescription du médecin ou par un chiropraticien. Le médecin au sens de la loi est soit le porteur du diplôme fédéral (art. 21 al. 1er LAMA), soit la personne autorisée par un canton à exercer la médecine en vertu d'un certificat scientifique de capacité, pour le territoire auquel s'applique l'autorisation (art. 21 al. 2 LAMA). Le Dr N. est autorisé par le Conseil d'Etat du canton de Fribourg à exercer une branche particulière de la médecine, la chirurgie maxillaire, à l'Hôpital cantonal de Fribourg, où il est même chef du Service de chirurgie maxillo-faciale. Cette autorisation se fonde sur un certificat scientifique de capacité: le

BGE 98 V 69 S. 72

diplôme fédéral de dentiste, accompagné de la preuve d'une spécialisation dans le domaine en question. Pour

cette raison déjà, le Dr N. est bien intervenu en l'occurrence comme médecin, conformément à l'art. 21 al. 2 LAMA. Par conséquent, l'intimé a droit en principe aux prestations de la recourante pour l'opération du 12 mars 1971. Il serait superflu d'examiner l'hypothèse où le Dr N. n'aurait pas bénéficié d'un statut particulier à Fribourg, n'était le cas du Dr R.: la question se posede savoir si la caisse recourante doit également ses prestations pour l'assistance fournie par ce dentiste. S'il devait avoir le même statut que le Dr N., la réponse serait bien entendu affirmative. Or, il n'est pas possible de décider ce qui en est sur la base des pièces. Mais même si le Dr R. n'était pas au bénéfice d'une autorisation semblable à celle dont jouit le Dr N., la caisse n'en devrait pas moins ses prestations pour son assistance. Car, il est un fait non contesté: il existe des interventions, telle la chirurgie maxillo-faciale, qui ne relèvent pas de la notion de soins dentaires, au sens le plus étroit habituellement donné à cette expression, et ne sont plus guère pratiquées que par des dentistes, vu l'évolution intervenue dans ce domaine. Les exclure de l'assurance parce qu'elles ne sont pas effectuées par un médecin porteur du diplôme fédéral de médecine reviendrait à priver les assurés de la possibilité de faire soigner certaines affections aux frais de l'assurance. Recourir au détour de l'art. 21 al. 2 LAMA ne serait pas satisfaisant non plus, car il pourrait en résulter des inégalités de traitement, suivant que les soins auront été fournis dans un canton ou dans un autre, voire dans le même canton, par un dentiste ou par un autre. Il faut bien constater que la loi présente sur le sujet ici en discussion une lacune, qu'il appartient au juge de combler (v. ATFA 1969 p. 85; 1968 p. 105 consid. 2). Aussi la Cour de céans la comble-t-elle comme suit: s'agissant de soins qui, sans constituer des traitements dentaires, ne sont pratiquement pas fournis par des médecins, les dentistes mis en oeuvre doivent être assimilés aux médecins. Par conséquent, on ne saurait suivre l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales, selon laquelle le traitement d'une affection de la mâchoire exécuté par un dentiste ne constitue une prestation obligatoire que s'il a eu lieu sur prescription du médecin. Le statut des dentistes dans l'assurance-maladie

est donc comparable à celui des chiropraticiens. Il s'ensuit que, dans l'hypothèse examinée, les règles relatives aux tarifs notamment seront applicables (cf. PFLUGER, SKZ 1970 p. 208, question No 899). Quant à la notion de traitement dentaire, il n'y a pas lieu de la définir aujourd'hui (v. cependant le rapport précité de la commission d'experts, pp. 164 ss, plus spécialement p. 166 ch. 6.3.2). On peut se contenter de constater que l'intervention pratiquée dans le cas particulier ne constitue pas un tel traitement, ainsi qu'il a été exposé plus haut.

4. L'opération litigieuse n'étant pas un traitement dentaire, l'intimé n'est pas soumis au tarif restrictif de l'art. 5 du règlement de la caisse qui prévoit par exemple 50 fr. pour l'opération d'un kyste (pos. 18). Pourtant, le système sur lequel est fondée la LAMA postule en principe l'application d'un tarif lorsque les soins fournis relèvent de l'assurance-maladie. Le tarif valable en l'occurrence est prévu à l'art. 22quater al. 3 LAMA (arrêté cantonal du 22 décembre 1970), le traitement ayant eu lieu ambulatoirement à l'Hôpital cantonal de Fribourg. La recourante reproche au premier juge de l'avoir chargée de fixer ses prestations au regard du dit tarif. Selon elle, il aurait appartenuau tribunaldetirerces questionsauclair, en examinant de manière critique chacune des rubriques du relevé établi. Car, expose-t-elle, il n'y a pas dans le canton de Fribourg de convention avec les hôpitaux; il serait impossible à une caisse-maladie, dans ces conditions, d'obtenir les renseignements nombreux et détaillés qu'il faudrait avoir pour vérifier une facture telle que la note litigieuse. L'Office fédéral des assurances sociales ne s'est pas déterminé sur ce moyen. La remarque sus-mentionnée de la caisse n'est pas fondée. L'art. 22quater al. 6 LAMA renvoie en effet, s'agissant de la rémunération due aux établissements hospitaliers notamment, à l'art. 22bis al. 7 LAMA, suivant lequel celui qui a fourni les soins doit donner au débiteur des honoraires "toutes les indications nécessaires pour déterminer le droit aux prestations de la caisse". Ces renseignements faisant défaut en l'espèce, la Cour de céans ne saurait dire si la facture litigieuse a été correctement calculée; il appartiendra à la caisse - à laquelle le dossier sera renvoyé - d'exiger les précisions nécessaires de qui de droit.

Il n'est pas indispensable de trancher aujourd'hui la question de savoir ce qui adviendrait si le tarif précité ne contenait aucune position applicable au présent cas. Il serait cependant concevable d'avoir recours, dans une telle hypothèse, à la position du tarif prévue pour l'intervention présentant la plus grande analogie, du point de vue de la difficulté entre autres, avec l'opération effectuée.

5. Reste le problème de l'assurance complémentaire.
a) Une première question est de savoir si une telle assurance est destinée à payer tous les frais non assumés par l'assurance de base, en l'occurrence l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, quels que soient les motifs pour lesquels seule une indemnisation partielle est intervenue. Le recours à une assurance complémentaire est certainement superflu dans les cas où l'assurance de base doit supporter la totalité des frais de traitement à raison des règles légales, particulièrement de celles qui prescrivent d'appliquer un tarif. Donc, l'existence d'une assurance complémentaire ne saurait délier la personne ou l'établissement qui fournit les soins de ses obligations tarifaires, ce qui reviendrait à priver l'assuré et la caisse d'une protection qui constitue un élément important du régime de l'assurance-maladie régie par la LAMA. On pourrait dès lors se demander à quoi sert une assurance complémentaire. Il existe un certain nombre de cas dans lesquels les tarifs ne sont pas applicables, à teneur des règles légales ou de dispositions conventionnelles (v. p.ex. le cas des assurés très aisés, art. 22 al. 2, 22bis al. 4 LAMA; v. également art. 22ter LAMA; RO 97 V 13, s'agissant d'une clause conventionnelle). D'autres fois, les caisses ne sont pas tenues de rembourser la totalité des frais portés en compte (v. p.ex. art. 12 al. 2 ch. 2 LAMA, qui n'impose qu'une "contribution journalière minimale aux autres frais de soins", en cas d'hospitalisation; ou aussi art. 19bis LAMA, quant aux incidences du choix de l'hôpital sur l'étendue du droit aux prestations; ou encore art. 14bis, quant à la participation, franchise). Il est en outre des traitements dont la prise en charge par l'assurance-maladie n'est pas obligatoire, mais qui peuvent donner lieu à prestations d'une assurance complémentaire, aux conditions particulières de laquelle il faut néanmoins toujours se référer pour décider si un tel droit existe ou non.

Une caisse-maladie est donc en droit d'exiger l'application du tarif prévu par la loi - si les conditions de cette application sont données - avant de fournir à un assuré les prestations relevant d'une assurance complémentaire.
b) ... Il n'est pas nécessaire d'examiner aujourd'hui les incidences, sur le droit aux prestations de l'assurance complémentaire, d'un refusdes prestations de l'assurance de base, en cas de violation de prescriptions d'ordre p.ex., ou encore de l'inapplicabilité du tarif à raison du comportement de l'assuré lui-même...