Urteilskopf

99 V 1

1. Extrait de l'arrêt du 27 mars 1973 dans la cause Caisse-maladie et accidents L'Avenir contre Tornior et Cour de Justice du canton de Genève
Regeste (de):
Rechtskraft einer Verwaltungsverfügung.

Hat die Krankenkasse über einen Sachverhalt bereits rechtskräftig befunden, so darf sie keine zweite gleichlautende Verfügung erlassen, um erneut ein Beschwerderecht zu gewähren. Dies gilt in der Regel auch für Verfügungen, mit denen die Haftung für die Folgen eines bestimmten Ereignisses abgelehnt wird: Art. 30 KUVG (Erw. 2).

Vereinbarung mit Drittleistungspflichtigem.

Sanktionsweise Verweigerung von Leistungen der Krankenkasse, wenn ihr der Versicherte die Vereinbarung nicht gemeldet hat: Art. 3 Abs. 3 KUVG (Erw. 3).

Stellung des Chiropraktikers in der Krankenversicherung (Art. 21 Abs. 4 KUVG). Wahl des Chiropraktikers bei vertragslosem Zustand sowie bei vertraglicher Regelung (Erw. 4).

Guter Glaube des Versicherten (Erw. 5)?

Regeste (fr):
Décision administrative passée en force.

La caisse ne peut statuer à nouveau sur l'état de fait qu'elle a constaté par une telle décision et ouvrir ainsi un nouveau droit de recours. Cette règle s'applique notamment aux décisions refusant de couvrir les suites d'un événement déterminé: art. 30 LAMA (consid. 2).

Transaction avec un autre assureur non annoncée à la caisse-maladie: refus des prestations à titre de sanction: art. 3 al. 3 LAMA (consid. 3).

Statut du chiropraticien dans l'assurance-maladie (art. 21 al. 4 LAMA). Choix de ce praticien dans le régime avec et sans convention (consid. 4).

Bonnefoi de l'assuré (consid. 5)?

Regesto (it):
Decisione amministrativa cresciuta in giudicato.

Su fatti da lei già costatati mediante simile decisione, la cassa-malati non può statuire a nuovo e riaprire così la via del ricorso. Questa regola si applica anche alla decisione che rifiuta di coprire le conseguenze d'un determinato evento: art. 30 LAMI (consid. 2).

Transazione con altro assicuratore non annunciata alla cassa-malati: rifiuto delle prestazioni a titolo di sanzione: art. 3 cpv. 3 LAMI (consid. 3).

Statuto di chi esercita la chiropratica nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie (art. 21 cpv. 4 LAMI). Scelta di tale professionista in regime con o senza convenzione (consid. 4).

Buona fede dell'assicurato (consid. 5)?

Sachverhalt ab Seite 2

BGE 99 V 1 S. 2

A.- Jean-François Tornior, né en 1960, est assuré auprès de la Caisse-maladie L'Avenir (désigné ci-après par L'Avenir) contre la maladie et les accidents. Il fut victime d'un accident de voiture le 21 février 1966, mais ne subit que des blessures légères. Constatant que leur enfant se tenait mal, les parents consultèrent un chiropraticien quelques mois plus tard, en la personne du Dr I. Celui-ci diagnostiqua une "déviation de la colonne vertébrale dans le plan frontal avec une accentuation de la lordose lombaire", un "torticolis, une démarche en dedans et un défaut de posture instable". Selon ce praticien, les troubles de la colonne étaient d'origine traumatique, opinion partagée par le Dr R., chiropraticien-conseil de la Fédération genevoise des caisses-maladie... Le Prof. T. qui, après le Prof. W., avait examiné Jean-François Tornior le 9 septembre 1970, arriva aux conclusions suivantes: "...Nous ne disposons pas d'arguments suffisants pour admettre l'origine traumatique des symptômes fonctionnels et anatomiques qu'a présentés cet enfant et je vous propose d'accepter la conclusion du Professeur W... lorsqu'il estime qu'il n'y a aucun rapport entre l'accident subi et la scoliose qu'il présente maintenant." (Rapport du 2 avril 1971 du Prof. T. à la Bâloise-accidents.)

B.- Les parents de Jean-François Tornior s'adressèrent à L'Avenir ainsi qu'à la Bâloise, compagnie auprès de laquelle le tiers responsable de l'accident du 21 février 1966 avait conclu une assurance de responsabilité civile, pour obtenir notamment la réparation du dommage subi par leur fils. Le 22 mai 1966, la caisse-maladie, par son avocat-conseil, informa les intéressés qu'elle ne participerait pas au paiement des frais d'hospitalisation, dont la prise en charge incombait exclusivement à la Bâloise, selon elle.
Dans le courant de juin ou juillet 1968, le père de l'assuré transmit une note d'honoraires du Dr I. à L'Avenir, qui refusa de la prendre en considération parce que, à son avis, le traitement

BGE 99 V 1 S. 3

en cause était consécutif à l'accident de 1966... Le 11 mars 1969, L'Avenir rendit d'autre part la décision suivante, adressée à Marie-Louise Tornior: "A la suite de votre demande, nous nous permettons de vous rappeler notre lettre du 30 juillet 1968 par laquelle nous vous informions que nous renoncions à couvrir l'affection dont a souffert votre fils, car il s'agit d'une affection survenue après un accident qui vous a été indemnisé par la 'Bâloise'..." Cette communication était complétée par l'indication habituelle des voies et délai de recours... Le 2 avril 1969, soit avant l'échéance du délai de recours contre la décision précitée, l'avocat-conseil de L'Avenir invita une nouvelle fois les parents de l'assuré à s'adresser à la Bâloise pour obtenir le paiement des honoraires du Dr I. Il écrivait entre autres: "Pour ce qui concerne la caisse-maladie L'Avenir, je ne puis que vous confirmer une fois de plus qu'elle n'entend pas intervenir pour les suites de l'accident du 20 février 1966. Elle ne pourrait le faire que dans le cas où un tribunal admettrait que le traitement du chiropraticien n'a aucun rapport avec les conséquences de l'accident du 20 février 1966..." Le 28 avril 1971, B., inspecteur des sinistres de la Bâloise chargé de liquider le cas litigieux, écrivit notamment ce qui suit au conseil de la famille Tornior: "J'ai le regret de devoir constater que rien ne justifie la prise en charge de la facture de M.I., tant par ma Compagnie que par notre assuré... Consécutivement aux renseignements des experts, ne restent en cause que les conclusions...

déclarant "qu'il ne subsistait qu'une petite cicatrice visible de 3 mm sur l'aile du nez, ne justifiant pas une indemnisation". Je ne pense pas, de mon côté, en me référant à la jurisprudence, que cette petite cicatrice chez un enfant du sexe mâle, représente un préjudice ou justifie une indemnisation. Tout au plus peut-on admettre un "tort moral" qui ne peut être que fort modeste au regard de la blessure. Cependant, pour mettre un terme à la discussion et tenir compte de l'ensemble de la situation et après en avoir référé à ma Direction, je suis disposé à porter bénévolement l'offre de règlement définitifà fr. 2000.– à la condition expresse qu'elle soit acceptée d'ici le 15 mai prochain. Passé ce délai elle sera considérée comme annulée..." Cette offre fut acceptée. On ignore cependant les termes exacts de l'arrangement intervenu. En octobre 1971, les parents de Jean-François Tornior s'adressèrent une nouvelle fois à L'Avenir pour obtenir le remboursement des honoraires du Dr 1. Le 22 novembre 1971, après



lui avoir demandé divers renseignements complémentaires, la caisse réitéra à Martin Tornior son refus antérieur de fournir des prestations pour le traitement suivi chez ce chiropraticien. Elle relevait notamment ce qui suit, dans sa lettre: "Sur la base du dossier complet..., nous devons constater que vous avez été entièrement indemnisé pour les suites de cet accident et qu'en particulier le capital que vous avez touché couvre intégralement les factures de Monsieur I..., chiropraticien, pour le traitement... Par ailleurs, nous vous rappelons notre lettre du 11 mars 1969 dans laquelle nous vous informions de notre refus d'intervenir pour la couverture des frais de traitement de votre fils et constatons qu'à cette époque vous n'aviez pas recouru contre notre décision." Ce refus fit l'objet d'une décision formelle le 28 décembre 1971.

C.- Le père de l'assuré recourut...
Par jugement du 15 septembre 1972, la Cour de justice de Genève admit le recours, annula la décision attaquée et mit à la charge de L'Avenir 20 séances de chirothérapie "dans les limites du tarif conventionnel"...

D.- L'Avenir interjette recours de droit administratif. Elle conclut à l'annulation du jugement attaqué et, principalement, au rétablissement de sa décision de refus du 28 décembre 1971, subsidiairement, au renvoi de la cause aux premiers juges pour instruction complémentaire portant sur le contenu de la transaction passée avec la Bâloise... Dans son préavis, l'Office fédéral des assurances sociales propose d'admettre la conclusion subsidiaire de la recourante. Selon ledit office, le contenu de la transaction serait décisif pour la solution du présent litige.

E.- L'Association des chiropraticiens du canton de Genève et la Fédération genevoise des caisses-maladie ont conclu une convention le 31 décembre 1965. Aux termes de cet accord, les soins des assurés sont confiés exclusivement aux chiropraticiens y ayant adhéré (art. 4 chiffre 1). Les assurés ont le droit de choisir librement leur chiropraticien "dans le cadre de la convention" (art. 4 chiffre 2).

Erwägungen

Considérant en droit:

1. ...

2. Tout d'abord, il y a lieu de décider si, en l'occurrence, la question de la responsabilité de L'Avenir a été définitivement réglée par la décision du 11 mars 1969, passée en force.

a) Suivant la jurisprudence, l'administration n'a en principe pas la faculté de rendre une nouvelle décision sur l'état de fait examiné dans une décision antérieure non attaquée en temps utile et d'ouvrir ainsi un nouveau droit de recours (RCC 1971 p. 491 et les arrêts cités; voir également RCC 1972 p. 335 et RJAM 1971 p. 51). Il faut donc rechercher si le même état de fait est à la base de la décision du 11 mars 1969 et de celle aujourd'hui litigieuse. Il en est bien ainsi. En effet, dans les deux cas, il s'agit de savoir si le traitement fourni par le Dr I. est en relation avec l'accident survenu en 1966. Or les deux rapports d'expertise postérieurs à la première des décisions sus-mentionnées n'ont apporté aucun fait nouveau déterminant pour statuer sur l'existence d'un lien de causalité entre les mesures litigieuses et l'accident dont répond la Bâloise. Ils n'ont fait qu'introduire dans la discussion une appréciation nouvelle de faits déjà connus ou qui auraient dû l'être en mars 1969. Si la décision prise à cette époque était erronée, l'assuré - ou pour lui ses parents - se trouvait dans la situation typique du justiciable qui doit recourir pour faire valoir son droit. A cet égard, l'erreur sur les faits et sur le droit n'est pas en soi un motif de prolongation du délai de recours (RCC 1968 p. 586; arrêt non publié Gauchat, du 25 avril 1972). Certes le Dr I. a-t-il encore fourni des soins à l'assuré après le 11 mars 1969. Cela ne change toutefois rien à ce qui vient d'être exposé, sans quoi il s'ensuivrait quele principe du refus d'assurer les conséquences d'un événement déterminé pourrait être remis en cause constamment, ce qui ne saurait être admis (v., pour l'assurance-accidents, MAURER, "Recht und Praxis", 2e éd., p. 368: "Die grundsätzliche Ablehnung schliesst auch jegliche spätere Verschlimmerung des Leidens in sich"; ATFA 1940 p. 87). Reste réservé, il est vrai, le réexamen par l'administration d'une décision sans nul doute erronée qui n'a pas été attaquée en temps utile et qui est par conséquent passée en force. Mais on ne peut dire que la décision du 11 mars 1969 fût sans nul doute erronée (RJAM 1971 p. 51). La question de la responsabilité de L'Avenir à raison du traitement suivi chez le Dr I. a donc été en principe tranchée définitivement le 11 mars 1969; elle ne pouvait faire l'objet d'une nouvelle décision le 28 décembre 1971. b) Toutefois, la lettre de la caisse du 2 avril 1969 était de nature à induire les parents de l'intéressé en erreur et à leur laisser croire qu'un recours contre la décision du 11 mars 1969 n'était



pas nécessaire pour sauvegarder les droits de leur fils. Une personne non avertie pouvait inférer de cette communication que la question de la responsabilité de L'Avenir serait au besoin réexaminée en cas d'échec de la tentative de faire supporter les frais du traitement chez le Dr I. par la Bâloise. C'est donc à bon droit que les premiers juges n'ont pas retenu le moyen tiré de l'entrée en force de l'acte administratif du 11 mars 1969.

3. a) Aux termes de l'art. 53 chiffre 4 in fine des conditions d'assurance de L'Avenir, "si le membre conclut un accord avec un tiers responsable, avec abandon de la totalité ou d'une partie du dommage, sans l'approbation préalable de la caisse, il perd tout droit aux prestations de cette dernière". Selon la jurisprudence (RO 97 V 70), "sauf circonstances exceptionnelles, on ne saurait... sanctionner la transgression d'une semblable règle seulement lorsque la caisse subit un préjudice direct... Il importe que cette dernière ait une possibilité de contrôle, afin de sauvegarder ses droits et de faire respecter le principe de subsidiarité prévu à l'art. 26 al. 3 LAMA. Or un tel contrôle suppose l'observation de règles d'ordre, dont la violation doit être réprimée..." b) Lorsqu'un tiers conteste être responsable de certaines conséquences d'un événement déterminé et qu'une caisse-maladie affirme au contraire que ledit tiers doit assumer ces conséquences, l'accord passé par l'assuré avec le tiers en question est de nature à constituer un "abandon du dommage", au sens de la règle sus-mentionnée des conditions d'assurance de L'Avenir. Tel est bien le cas en l'espèce. Car ou bien la transaction passée couvrait la totalité des frais aujourd'hui en cause - et la réclamation à l'endroit de L'Avenir n'est pas fondée - ou bien cet accord ne comprenait pas ces frais, ou il les comprenait en partie seulement - et il importait d'obtenir l'accord préalable

de la caisse, qui soutènait qu'un tiers devait les supporter. C'est du reste dans des circonstances semblables à celles de la présente espèce qu'une avance des prestations moyennant cession des droits de l'assuré contre le tiers présentera un grand intérêt (art. 53 chiffre 4 des conditions d'assurance de L'Avenir). La négligence des intéressés est d'autant moins compréhensible que la caisse avait à réitérées reprises déclaré ne pas vouloir intervenir pour les frais du traitement suivi chez le Dr I. Contrairement à ce qu'admettent les premiers juges, l'accord préalable de la caisse s'imposait en l'occurrence pour les raisons évoquées par la jurisprudence rappelée plus haut. Pour ce motif déjà, le refus de



L'Avenir était fondé et il n'est pas nécessaire de décider si l'accident de 1966 était effectivement responsable des troubles ayant amené les parents de l'assuré à consulter le Dr I. Est sans intérêt également la question de savoir ce que la Bâloise entendait effectivement payer dans le cadre de la transaction conclue.

4. A supposer même qu'on ne puisse retenir l'argument tiré par la caisse de l'art. 53 chiffre 4 de ses conditions d'assurance, les prestations litigieuses ne pourraient pas être accordées pour les raisons suivantes: Il n'est pas contesté que le Dr I. n'a pas adhéré à la convention conclue par les caisses-maladie et les chiropraticiens de Genève. Or, aux termes de l'art. 21 al. 4 LAMA, "les personnes autorisées à exercer la chiropratique en vertu d'un certificat de capacité obtenu grâce à une formation professionnelle spéciale et reconnu par le Conseil fédéral peuvent, dans les limites de cette autorisation, pratiquer pour l'assurance-maladie. Les articles 15, 1er alinéa, et 17, 1er alinéa, sont applicables par analogie." L'art. 21 al. 4 LAMA ne renvoie donc pas à l'art. 16 LAMA, qui institue le libre choix conditionnel du médecin. Faut-il en inférer, comme le fait l'Office fédéral des assurances sociales, que l'assuré a droit de choisir, pour se faire soigner aux frais de la caisse, n'importe quel chiropraticien? Si l'on répondait affirmativement, il faudrait admettre que le chiropraticien consulté est lié par le tarif, conventionnel ou édicté par le Gouvernement cantonal (art. 22 quater al. 2 LAMA). On en arriverait ainsi à constater que la LAMA oblige les chiropraticiens à soigner les assurés comme tels - ce qu'elle n'a pas prévu pour le corps médical, sous réserve de la situation particulière mentionnée à l'art. 22ter LAMA (voir sur ce point le message complémentaire du 16 novembre 1962 du Conseil fédéral à l'appui du projet de loi modifiant la LAMA, pp. 14-15 lit. c; v. aussi l'ACF du 29 août 1967 garantissant le traitement des personnes assurées contre la maladie dans la région de Bâle et l'ordonnance du Conseil d'Etat du canton de Bâle-Ville concernant la garantie du traitement médical des assurés à ressources modestes et le tarif de remboursement, du 4 juillet 1967). Il faut par conséquent admettre que la loi n'oblige en principe pas non plus les chiropraticiens à soigner les assurés comme tels, encore qu'à l'instar des médecins ils ne puissent refuser de cas en cas de le faire (cf. le passage précité du message du 16 novembre 1962). Lorsqu'il existe un régime conventionnel, le chiropraticien qui ne veut pas adhérer à



l'accord conclu est censé avoir renoncé à soigner les assurés comme tels, du moins lorsque, comme dans le canton de Genève, un nombre suffisant de ses confrères travaillent pour le compte des caisses (il n'est pas nécessaire d'examiner ici en revanche s'il y a lieu d'appliquer par analogie l'art. 16 al. 1 in fine LAMA en cette matière). Les assurés dûment informés de ce fait, par la caisse ou par le chiropraticien, ne sauraient prétendre des prestations pour les traitements suivis chez ce praticien indépendant, qui n'est pas lié par les tarifs convenus. A cet égard, il ne faut pas oublier que les conventions contiennent souvent des clauses imposant des obligations de part et d'autre et que la solution proposée par l'Office fédéral des assurances sociales pourrait

conduire à enlever une grande partie de l'intérêt que présente une convention pour les chiropraticiens. Il n'est pas indispensable de décider aujourd'hui déjà quelle devrait être la solution en l'absence de convention. On pourrait cependant imaginer l'application par analogie de l'art. 22bis al. 5 LAMA, dans ce sens tout au moins que la renonciation à la pratique pour le compte de l'assurance-maladie devrait être générale et connue tant des caisses que des assurés.

5. Reste à examiner si l'assuré peut se prévaloir en l'espèce des règles de la bonne foi pour obtenir le paiement de la note d'honoraires du Dr I. La Cour de céans a déjà jugé que, dans certains cas, de faux renseignements d'un organe administratif compétent peuvent lier l'assurance. Mais il faut que l'intéressé n'ait pas été en mesure d'en reconnaître l'inexactitude et que, sur la base des renseignements donnés sans réserve, il ait pris des dispositions irréversibles (v. p.ex. RO 97 V 217 consid. 4, ATFA 1967 p. 35 et la jurisprudence ainsi que la doctrine citées). Ces conditions ne sont pas remplies en l'occurrence. En effet, on ne peut dire que le traitement chez le Dr I. ait été entrepris sur la foi d'assurances données par la caisse... La lettre du 2 avril 1969 n'a été pour rien dans la poursuite du traitement, qui avait du reste commencé longtemps auparavant.

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: Le recours est admis et le jugement cantonal, annulé.