



Remise de rapports médicaux aux assureurs maladie : respect de la législation sur la protection des données et considérations relatives à la récente décision du Tribunal fédéral des assurances (arrêt K7/05 du 18 mai 2006)

La décision précitée du Tribunal fédéral des assurances avait pour objet de répondre à la question de savoir si l'assurance maladie était fondée à consulter un rapport médical qui avait été facturé afin de vérifier le caractère économique de ce rapport. Le jugement soulève plusieurs questions au regard de la législation sur la protection des données. La position du PFPDT est la suivante :

1. Communication des données: le principe d'une démarche en plusieurs étapes

En 2004, le PFPDT a souligné, dans le rapport «Tarmed et la protection des données», que le législateur prévoyait, à l'art. 42, al. 3 et 4, LAMal, «une communication échelonnée par le fournisseur de prestations des données relatives au traitement.»

Cette conclusion vaut également pour la version tarifaire 1.03 du TARMED, entrée en vigueur le 1er avril 2006. Selon le ch. 14 des Interprétations générales (IG-14), qui font partie intégrante de la convention tarifaire (et dont l'arrêt précité fait mention), «les rapports et la documentation demandés par l'assureur ou par son médecin-conseil doivent lui être fournis dans le respect des dispositions de la protection des données».

Comme le passage en question fait référence aux rapports et à la documentation dans leur ensemble, il importe d'éviter les malentendus que pourrait soulever cette formulation: le renvoi à la législation sur la protection des données signifie que lesdits rapports et documents, comme c'est le cas actuellement, ne doivent pas être remis systématiquement. Le principe de la proportionnalité fixé à l'art. 4, al. 2, de la loi sur la protection des données (LPD) commande au contraire, aujourd'hui comme hier, de ne remettre ces rapports et documents que lorsque les circonstances l'exigent.

2. Le cas particulier des lettres de sortie et des rapports opératoires

Les lettres de sortie et les rapports opératoires sont des rapports médicaux d'un type particulier. Le Tribunal fédéral des assurances a d'ailleurs admis leur spécificité dans le considérant 5.3 de l'arrêt précité. Le PFPDT renvoie à ce sujet à sa notice de décembre 2001, qui définit une démarche en plusieurs étapes en ce qui concerne la mise à disposition des lettres de sortie et des rapports opératoires (voir «Sources» ci-dessous).

Selon la démarche ainsi définie, les lettres de sortie et les rapports opératoires ne doivent être remis qu'à titre exceptionnel; ils le seront notamment lorsque les questions complémentaires posées par l'assureur ne lui permettent pas d'obtenir les informations dont il a besoin.

3. Le rôle du médecin-conseil

L'institution du médecin-conseil joue un rôle central dans l'arrêt K 7/05 du Tribunal fédéral des assurances. Le considérant 5.2.1 souligne que l'existence du médecin-conseil a principalement pour but de



garantir le respect des droits de la personnalité de l'assuré dans ses rapports avec l'assureur («bezweckt [...] im Wesentlichen die Garantie der Persönlichkeitsrechte des Versicherten gegenüber dem Versicherer [...]»).

Du point de vue de la protection des données, le principe de la proportionnalité n'autorise à transmettre, là aussi, que les données qui sont indispensables à l'exécution des tâches prévues par la loi et qui répondent au but du traitement des données. Comme on est ici en présence de données sensibles, le respect du principe de la proportionnalité revêt une importance particulière.

Les fournisseurs de prestations ont et continueront d'avoir eux aussi des obligations à respecter : ils ne peuvent fournir d'informations complémentaires qu'à la demande expresse de l'assureur maladie; et le filtre que constitue le médecin-conseil ne les autorise en aucun cas à remettre spontanément des rapports ou des documents.

4. Autres éléments relevant de la protection des données

L'institution du médecin-conseil n'est exigée par la loi que dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (art. 57 LAMal). Les rapports médicaux dont il est question dans l'arrêt précité concernent uniquement ce domaine. L'existence de médecins-conseils, de médecins d'arrondissement, de médecins d'entreprise ou de médecins consultants dans d'autres branches d'assurance (assurance invalidité, assurance accidents, assurance militaire et assurances privées) n'a aucune importance en l'espèce. Dans ces domaines, la communication des données est régie par des règles propres.

Dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire, la jurisprudence a répondu à un certain nombre de questions; mais des points restent obscurs, même après le jugement récent du Tribunal fédéral des assurances. Ce qui est clair, en particulier, c'est que l'examen de la proportionnalité qui doit être opéré pour toute demande de communication de données incombe à l'assureur maladie et non au prestataire de soins (cf. arrêt du TFA du 9 octobre 2001, K34/01). Ce qu'on ne sait pas, par contre, c'est selon quels critères cet examen doit être opéré et s'il existe ou non une obligation de motiver la demande de communication des données au profit du fournisseur de prestations.

Du point de vue de la protection des données, cette obligation existe incontestablement. L'assureur doit indiquer de quelles données il a besoin et expliquer dans quel but il entend les utiliser (principe de finalité).

Sources:

- Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18 mai 2006: [18.05.2006 K 7/05](#);
- TARMED, Version tarifaire 1.03: <http://onb.tarmedsuisse.ch/>
- Rapport du PFPDT du 22 juin 2004 concernant Tarmed et la protection des données: <http://www.edoeb.admin.ch/themen/00574/index.html?lang=fr>
- Notice relative aux lettres de sortie et aux rapports opératoires: <http://www.privatim.ch/f/publikationen/2001-12-18.htm>