

BGer K 131/99 vom 18. April 2000

Bundesgericht, 2000-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_131_99

FR: TF K 131/99 du 18 avril 2000

IT: TF K 131/99 del 18 aprile 2000

Regeste

Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

Le litige porte sur le montant et la durée de l'indemnité journalière à charge de l'intimée que peut prétendre le recourant depuis le 4 octobre 1994 (et qu'il a perçue jusqu'au 31 août 1996). Dans cette mesure, il doit être tranché en application des dispositions de l'ancien droit, c'est-à-dire de la LAMA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995), et des principes jurisprudentiels dégagés à propos de ces dispositions (art. 103 al. 2 LAMal).

E. 2

a) Aux termes de l' art. 12bis LAMA , les caisses devaient, au titre de l'assurance d'une indemnité journalière, allouer une indemnité journalière d'au moins 2 fr. en cas d'incapacité totale de travail (al. 1). L'indemnité journalière devait être assurée, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs (al. 3). La loi ne faisait cependant que donner un cadre et instituer des prestations minimales. En vertu de l' art. 1er al. 2 LAMA , les caisses demeuraient libres de s'organiser à leur gré et d'améliorer la protection légale à travers leurs dispositions internes, en tant que la loi ne contenait pas de disposition contraire (ATF 124 V 359 sv. consid. 2d; Borella, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale suisse, thèse Genève 1993, p. 64). Cette possibilité a notamment été utilisée pour étendre la couverture légale prévue au titre de l'assurance d'une indemnité journalière (Borella op. cité p. 143 ss). b) Se fondant sur la "demande de modification d'assurance" qu'il a remplie et signée le 15 février 1988 dans le but de souscrire une assurance perte de gain en cas de maladie auprès de l'Union, le recourant soutient qu'il peut prétendre, après l'écoulement d'un délai d'attente de 90 jours, le versement de 720 indemnités journalières d'un montant de 250 fr., soit 180 000 fr. En vertu des dispositions réglementaires en vigueur au moment déterminant, l'intimée objecte que le montant de l'indemnité journalière assurée est de 230 fr. - et non de 250 fr. - et que, d'autre part, le recourant doit se laisser imputer le délai d'attente sur la durée des prestations qui dépassent les minima légaux, si bien que son droit se limite au versement de 630 indemnités journalières (720 jours - 90 jours) d'un montant de 230 fr., et 90 indemnités journalières d'un montant de 12 fr.

E. 3

Sous le régime de la LAMA, les caisses avaient effectivement la faculté, comme le soutient à bon droit l'intimée, de limiter statutairement la durée du droit aux indemnités journalières dont le montant dépassait les minima légaux, en ce sens que le délai d'attente convenu entre les parties pouvait être déduit de la période d'indemnisation de 720 jours fixée par l' art.

12bis al. 3 LAMA (ATF 113 V 212). Savoir si, au cas particulier, une telle limitation de la durée du droit aux indemnités journalières est opposable au recourant, présuppose donc de déterminer les dispositions statutaires applicables depuis le moment de la survenance du cas d'assurance en octobre 1994 jusqu'à l'épuisement du droit aux prestations en août 1996.

E. 4

a) Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, les caisses-maladie avaient en principe le droit, dans les limites de la loi, d'adapter en tout temps leurs dispositions statutaires et réglementaires. Toutefois, une modification des conditions d'assurance susceptible d'entraîner un désavantage pour les assurés n'était opposable à un membre que si elle avait été portée à sa connaissance. Bien que la communication à chaque assuré personnellement fût le moyen le plus apte à renseigner de façon efficace au sujet d'un changement important des dispositions internes, d'autres modes d'information - comme la publication dans l'organe officiel de la caisse - étaient admissibles. Il importait toutefois qu'une modification des conditions d'assurance portée à la connaissance des membres fût reconnaissable en tant que telle (ATF 120 V 34 sv. consid. 2a et les références). La preuve des faits propres à établir qu'une caisse avait notifié à ses membres une telle modification était soumise, non pas à la règle de la preuve stricte, mais à celle de la vraisemblance prépondérante, mieux adaptée aux exigences de l'administration de masse (ATF 120 V 37 consid. 3c et 3d et les références). b) Lors la reprise de l'Union par l'Evidenzia le 1er janvier 1990, les dispositions internes de la première ont été remplacées par celles de la seconde, lesquelles ont ensuite, nonobstant la naissance de la caisse Visana le 1er janvier 1996, continué à régir les relations entre le recourant et l'intimée jusqu'à l'épuisement du droit aux prestations (cf. art. 42 ch. 1 des Conditions générales de l'assurance d'une indemnité journalière facultative selon la LAMal de la Visana, dans leur teneur en vigueur dès le 1er janvier 1996). En l'occurrence, le dossier ne permet pas de savoir si les conditions générales d'assurance (CGA) de l'Evidenzia, et plus particulièrement le règlement relatif à l'assurance d'une indemnité journalière (ci-après : le règlement de l'Evidenzia) a été porté à la connaissance du recourant. Ce point peut toutefois rester indécis, car le règlement de l'Evidenzia n'a pas entraîné pour l'intéressé de désavantage, du moins en ce qui concerne la question de l'imputabilité ou non du délai d'attente sur la durée de son droit aux indemnités journalières. En effet, le règlement de l'Evidenzia disposait ceci à son art. 10 ("durée des prestations") : "1 La durée des prestations de l'assurance pour perte de gain est de 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs. 2 Les variantes suivantes sont possibles : a) délai d'attente imputé sur la durée des prestations; b) délai d'attente non imputé sur la durée des prestations. Dans le cas de l'indemnité journalière minimale, le délai d'attente n'est pas imputé sur la durée des prestations. " A teneur de cette disposition, l'imputation du délai d'attente sur la durée du droit aux prestations dépendait donc uniquement de la volonté des parties contractantes, sauf en ce qui concerne l'indemnité journalière minimale, pour laquelle une telle imputation était prohibée de façon générale. Il s'impose donc rechercher quelle était cette volonté lorsque le recourant a souscrit son assurance d'une indemnité journalière auprès de l'Union, en 1988. La proposition d'assurance qu'il a remplie à cette occasion fait mention d'une indemnité journalière différée de 90_jours afférente à la catégorie d'assurance_"C". Les dispositions internes de l'Union en vigueur à cette époque, dont seule une version en langue allemande a été versée au dossier ("Reglement über die Versicherungs-Leistungen"; ci-après : le règlement de l'Union), prévoyaient notamment ce qui suit : "Art. 58 Krankengeldklassen 1 Die Krankengeldversicherung mit aufgeschobenem Leistungsbeginn kann mit folgenden Krankengeldklassen und Aufschubzeiten

abgeschlossen werden : Fr. 5.- bis 250. -. Leistungsbeginn nach einer Aufschubzeit von 3, 7, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180 oder 360 Tagen. 2 (...) Art. 58bis Leistungsdauer Die Leistungen der Abt. "C" werden während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet, wobei die gewählte Wartefrist im Sinne von Art. 58, Abs. 1 auf die Dauer der Genussberechtigung angerechnet wird. " Il découle ainsi de l'art. 58bis du règlement de l'Union que les prestations d'assurance de la catégorie "C" étaient d'une durée de 720 jours dans une période de 900 jours consécutifs, et que le délai d'attente choisi par l'assuré selon l'art. 58 al. 1 était imputé sur la durée des prestations. c) Du moment que le recourant a expressément déclaré, en signant la proposition d'assurance, qu'il reconnaissait les statuts et les règlements de l'Union "dans leur totalité, ainsi que toute modification ultérieure", il ne saurait valablement soutenir que la limitation réglementaire précitée de la durée de son droit aux indemnités journalières ne lui est pas opposable, au motif qu'il n'en aurait pas eu connaissance. Car celui qui signe un texte comportant une référence expresse à des conditions générales est lié au même titre que celui qui appose sa signature sur le texte même des conditions générales; il importe peu, à cet égard, qu'il ait réellement lu les conditions générales en question (ATF 119 II 443 consid. 1a, 109 II 452 consid. 4, 108 II 416 consid. 1b). Il est par ailleurs sans importance que le règlement de l'Union fût rédigé en allemand, langue que le recourant dit ne pas comprendre : d'une part, parce que lorsque ce dernier a signé la proposition d'assurance, une version française de ce règlement était certainement disponible; d'autre part, parce que si tel n'était pas le cas, le recourant était alors tenu, avant de signer la proposition d'assurance, de se faire expliquer les clauses du règlement, sous peine de se voir opposer la fiction selon laquelle il aurait lu et compris celui-ci. Enfin, on ne voit pas que les art. 58 et 58bis du règlement de l'Union seraient ambigus ou insolites : en particulier, le renvoi d'une clause à une autre est une pratique courante dans les règlements d'assurance et il ne prêterait, in casu, nullement à confusion. d) Il s'ensuit que l'intimée pouvait limiter à 630 jours le versement de l'indemnité journalière assurée. Par ailleurs, du moment qu'elle a versé à l'assuré une indemnité journalière de 12 fr. pour les 90 jours restants, elle a respecté l'obligation, prévue à l' art. 12bis al. 3 LAMA , d'assurer une indemnité journalière (minimale) durant au moins 720 jours.

E. 5

Il reste à examiner le montant de l'indemnité journalière assurée. a) Selon l'intimée (cf. son mémoire duplique du 19 novembre 1998 à la juridiction cantonale), au moment de la reprise de l'Union par l'Evidenzia le 1er janvier 1990, le montant maximal de l'indemnité journalière assurée est passé de 250 fr. à 230 fr., en conformité des dispositions internes de l'assurance reprenante, plus précisément de l'art. 5 al. 1 du règlement précité de l'Evidenzia relatif à l'assurance d'une indemnité journalière. Cette disposition, dont seule une version en langue allemande a été produite, stipulait ceci : "Die EVIDENZIA führt Erwerbsausfallversicherungen ab Fr. 5.- (Mindesttaggeld) und in Stufen von Fr. 1.- bis zum UVG-Maximum". b) Comme on l'a vu (supra consid. 4b), le dossier ne permet pas de savoir si, lors de la reprise de l'Union en janvier 1990 - ou à une autre date -, le règlement de l'Evidenzia a été porté à la connaissance de l'assuré et lui est donc, comme tel, devenu opposable. Ce point n'est toutefois pas décisif. Car il faut admettre que le recourant a été informé, au plus tard dès le 15 octobre 1992 lorsqu'il a perçu pour la première fois une indemnité journalière, du fait que sa couverture d'assurance avait été modifiée et portait désormais sur le montant de 230 fr. Or ce montant est supérieur à ce que l'Evidenzia était tenue de lui offrir, puisqu'en vertu de l'art. 5 al. 1 précité de son règlement, elle assurait au

plus la perte de gain jusqu'à concurrence de l'indemnité journalière maximale selon la LAA (laquelle, demeurée inchangée depuis l'entrée en vigueur de la LAA, était de 153 fr. lors de la reprise de l'Union en 1990 [RO 1983 p. 89], et n'a été augmentée à 214 fr. qu'à partir du 1er janvier 1991 [RO 1990 p. 768 sv.]). Instruit de la modification de sa couverture d'assurance au plus tard en octobre 1992, soit avant la survenance de la période d'assurance litigieuse, le recourant ne saurait au surplus bénéficier de la relative protection déduite de l'art. 12bis LAMA que la jurisprudence avait conférée aux assurés contre la suppression ou la réduction de prestations en cours en cas de révision statutaire (cf. ATF 113 V 301 ; RAMA 1993 no K 920 p. 151). Il s'ensuit que le recourant ne peut prétendre le versement d'une indemnité journalière assurée d'un montant plus élevé.

E. 6

Vu l'absence de décision formelle de l'intimée malgré les demandes de l'assuré, c'est à raison que les premiers juges ont considéré l'écriture de celui-ci comme un recours - et non une action - pour déni de justice (art. 30 al. 3 LAMA ; ATF 112 V 25 consid. 1). Toutefois, ce que le recourant voulait obtenir en saisissant la juridiction cantonale, c'est seulement un jugement fixant la durée et le montant de son indemnité journalière, mais non une décision concernant d'éventuelles prestations versées en trop qu'il devrait rembourser. Il appartient le cas échéant à l'intimée de rendre une décision formelle à ce sujet. Par suite, le chiffre II du dispositif du jugement entrepris, qui déclare "que la décision attaquée (soit le décompte du 22 octobre 1996) est maintenue", doit être annulé. C'est dans cette mesure seulement que le recours est admis.

E. 7

Selon l' art. 134 OJ , la procédure est gratuite s'agissant d'un litige relatif à des prestations d'assurance. Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient gain de cause que sur un point secondaire sur lequel il n'avait au demeurant pas pris de conclusions, ne saurait prétendre une indemnité de dépens pour l'instance fédérale (art. 159 al. 1 en corrélation avec l' art. 135 OJ). Il en va de même de l'intimée, au motif que, chargée de tâches de droit public, elle n'a pas droit à des dépens (art. 159 al. 2 OJ ; SVR 1995 KV n° 42 p. 131 sv. consid. 6).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.