

BGer K 67/00 vom 20. Dezember 2000

Bundesgericht, 2000-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_67_00

FR: TF K 67/00 du 20 décembre 2000

IT: TF K 67/00 del 20 dicembre 2000

Regeste

Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

La décision litigieuse n'ayant pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les premiers juges ont violé le droit fédéral, y compris par l'excès ou par l'abus de leur pouvoir d'appréciation, ou si les faits pertinents ont été constatés d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou s'ils ont été établis au mépris de règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ).

E. 2

a) Aux termes de l' art. 67 al. 1 LAMal , toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l' art. 68 LAMal . L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal). Il est unanimement admis par la doctrine que l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal trouve son fondement dans un contrat d'assurance de droit public (Vincent Brulhart, Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau régime de la LAMal, in : LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997 [cité ci-après : LAMal-KVG], p. 741; Ueli Kieser, Die Stellung der Nichterwerbstätigen in der freiwilligen Taggeldversicherung [Artikel 67 ff. KVG], in : LAMal-KVG, p. 613; Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1996, p. 113; Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in : LAMal-KVG, p. 551). C'est ainsi que les parties fixent en toute liberté le montant de l'indemnité journalière assurée (ATF 124 V 207 consid. 4d). En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs-maladie sont néanmoins tenus - comme c'était le cas sous le régime de la LAMA - de se conformer aux principes généraux régissant toute activité administrative, ce qui implique notamment le respect de l'égalité de traitement (art. 8 Cst. ; voir par exemple ATF 117 V 64 consid. 3a). b) L' art. 68 al. 1 LAMal , selon lequel les assureurs au sens de l' art. 11 LAMal doivent admettre, dans les limites de leur rayon territorial, toute personne en droit de s'assurer, impose aux assureurs une obligation de contracter. Cette obligation a toutefois une portée limitée dans la mesure où l'assureur n'est pas tenu d'accorder au candidat une couverture d'assurance qui corresponde au montant de sa perte de gain présumée en cas d'incapacité de travail. En effet, le législateur n'a pas voulu reconnaître au

preneur d'assurance le droit d'obtenir une couverture individuelle adaptée à ses besoins. Nombre d'assureurs-maladie ont ainsi limité la couverture d'assurance à une indemnité journalière minimale (30 francs, voire 10 francs ou même 6 francs). Parallèlement, ces mêmes assureurs ou du moins certains d'entre eux pratiquent - comme la loi le permet (art. 12 al. 2 LAMal) - l'assurance d'une indemnité journalière au titre d'une assurance complémentaire régie par les dispositions de la LCA, jugées moins contraignantes que la réglementation de la LAMal en ce domaine. En matière de couverture de la perte de gain en cas de maladie, il s'est donc produit un transfert de l'assurance-maladie sociale vers l'assurance privée (sur ces questions, voir Eugster, in LAMal-KVG, p. 507 ss; Jean-Marie Agier, L'assurance collective perte de gain en cas de maladie avant l'entrée en vigueur de la LAMal et après, in : LAMal-KVG, p. 572 ss). c) Il en résulte qu'un assuré ne saurait déduire de la LAMal un droit à une augmentation de sa couverture d'assurance en fonction de sa perte de gain présumée. Une partie de la doctrine exprime certes l'avis qu'un assureur qui pratique l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal ne peut se contenter d'offrir à ses assurés, de manière générale, une couverture réduite à une indemnité d'un montant minimale ou symbolique, car un tel procédé dénature le sens et le but d'une assurance de ce genre (Maurer, op. cit. , p. 113; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 359; Largier/Schiavi, Krankentaggeld : Praxis rechtswidrig, in: plädoyer 2/1997 p. 17 sv.). Cette question n'a toutefois pas à être examinée ici. En effet, le montant maximum de l'indemnité que la caisse accepte d'assurer dans le cas particulier (121 francs) ne peut être qualifié de minimale; il est au contraire bien supérieure au montant maximum cité de 30 francs par jour.

E. 3

Il reste à se demander si la prétention du recourant peut se fonder sur les conditions d'assurance de la caisse intimée. a) Selon les conditions d'assurance de l'intimée qui ont été en vigueur dès le 1er janvier 1996, le candidat avait la possibilité de s'assurer pour une indemnité journalière de 2 francs à 300 francs. Conformément aux conditions d'assurance applicables à partir du 1er janvier 1997, la caisse alloue, en cas d'incapacité de travail attestée par un médecin ou un chiropraticien et pour autant qu'une perte de gain correspondante soit prouvée, une indemnité journalière de 2 francs au minimum et de 10 francs au maximum (art. 7 ch. 1). Une exception est prévue pour les apprentis, pour lesquels l'étendue de la couverture se fonde sur les dispositions cantonales en vigueur (art. 7 ch. 6). Par ailleurs, un assuré qui augmente, réduit ou cesse son activité doit en aviser immédiatement la caisse pour permettre la modification de l'indemnité journalière assurée et de ses primes (art. 7 ch. 3). L'art. 29 ch. 2 des mêmes conditions d'assurance contient la réglementation transitoire suivante : "La limite de Fr. 10.- n'est pas applicable aux assurés qui étaient assurés au 31 décembre 1996 pour une indemnité journalière supérieure. Le dernier montant assuré est garanti, sans possibilité d'augmentation". Selon les premiers juges, l'assuré au bénéfice de cette règle transitoire et dont la couverture d'assurance a été réduite après le 31 décembre 1996 n'a plus la possibilité d'obtenir ensuite le rétablissement de la couverture qui était la sienne à la même date. Par conséquent, dans le cas particulier, le recourant ne peut prétendre une augmentation de sa couverture d'assurance jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité journalière qui était assuré au moment de l'entrée en vigueur de la modification des conditions générales, le 1er janvier 1997 (135 francs). D'après le recourant, l'art. 29 ch. 2 susmentionné limite certes la couverture possible au montant assuré au 31 décembre 1996, mais il n'exclut pas, dans le cadre ainsi fixé, qu'une augmentation puisse intervenir lorsque, postérieurement à cette date, l'indemnité a été

réduite en application de l'art. 7 ch. 3 des conditions d'assurance. En tout cas, toujours selon le recourant, l'art. 29 ch. 2 de ces conditions est une clause peu claire qui est sujette à interprétation. Conformément au principe de la confiance, une telle règle doit être interprétée au détriment de la partie qui l'a rédigée. Elle devrait être comprise dans un "sens social", autrement dit dans l'intérêt de l'assuré. Enfin, le recourant voit une inégalité de traitement dans le fait que seuls les assurés qui n'ont pas subi de diminution de salaire après le 1er janvier 1997 peuvent continuer à bénéficier pleinement de la garantie offerte par cette clause transitoire. b) A la différence de ce qui est prévu pour l'assurance obligatoire des soins (art. 102 al. 2 LAMal), la LAMal ne contient pas de norme de droit transitoire en ce qui concerne l'adaptation des dispositions internes sur l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal (voir ATF 126 III 349 consid. 3, 125 V 116 consid. 2e; Raymond Spira, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in: RSA 63 [1995] p. 194 ss). Comme le relève avec raison l'intimée, les assureurs-maladie étaient donc en droit de poursuivre les rapports d'assurance existants tout en les soumettant au nouveau droit. Interprétée selon le principe de la confiance, autrement dit selon le sens que les parties pouvaient lui attribuer raisonnablement et de bonne foi (ATF 125 III 308 consid. 2b, 436 consid. 2a/aa, 117 II 621 consid. 6c; cf. aussi ATF 106 V 33 consid. 4, 104 V 18 consid. 4), la réglementation transitoire invoquée ne contient rien qui permettrait de conclure à l'existence, en faveur du recourant, d'une garantie d'obtenir, pour le futur et pendant toute la durée de l'affiliation, le rétablissement de la situation existant au 1er janvier 1997. Il s'agissait uniquement de permettre le maintien d'une couverture d'assurance de même étendue que la protection offerte avant l'entrée en vigueur de la LAMal, de manière analogue à la garantie de droit transitoire offerte par l' art. 102 al. 2 LAMal . Une garantie de ce genre n'apparaît pas comme étant acquise une fois pour toutes. Au contraire, en cas de réduction de l'étendue de sa couverture d'assurance, le preneur perd cette garantie dans la mesure correspondante. Le recourant se prévaut en vain de la règle d'interprétation "in dubio contra stipulatorem", qui découle du principe de la confiance. Cette règle vaut spécialement pour les clauses ambiguës, qui peuvent, en toute bonne foi, être comprises de différentes manières (ATF 118 II 344 consid. 1a; SVR 2000 BVG 6 p. 33 consid. 4c); il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e édition, Berne 1995, p. 160 ss). Dans le cas particulier, on peut pas comprendre de différentes façons la disposition transitoire en cause. L'argumentation du recourant repose bien plutôt sur une interprétation extensive qui ne ressort pas du texte cette disposition. Peu importe, en définitive, les raisons qui ont poussé le recourant à demander une réduction de sa couverture d'assurance. Il n'est pas décisif, en particulier, que le motif de cette réduction réside dans une baisse du salaire. Il n'y a pas d'inégalité de traitement entre assurés qui ont bénéficié de la disposition transitoire en question, puisque dans une situation semblable (réduction de la couverture d'assurance ensuite d'une diminution du revenu), ces assurés n'ont pas la possibilité d'exiger de la caisse qu'elle rétablisse la couverture d'assurance antérieure, en cas d'augmentation ultérieure de revenu. Dans ces circonstances, la caisse était en droit de refuser d'augmenter le montant de l'indemnité litigieuse. Le recours de droit administratif est dès lors mal fondé.

E. 4

Compte tenu de l'issue du litige, les frais de la procédure, qui n'est pas gratuite en l'occurrence (art. 134 OJ a contrario), seront supportés par le recourant part. 156 al. 1 OJ).

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