

# **BGer K 94/99 vom 24. Januar 2000**

Bundesgericht, 2000-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_K\\_94\\_99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_94_99)

FR: TF K 94/99 du 24 janvier 2000

IT: TF K 94/99 del 24 gennaio 2000

## **Regeste**

Assurance-maladie

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Les deux recours sont dirigés contre le même jugement cantonal. Ils opposent les mêmes parties au sujet du droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie. Il y a dès lors lieu de prononcer la jonction des causes et de statuer sur les mérites des deux recours par un seul et même arrêt.

### **E. 2**

a) Selon l' art. 128 OJ , le Tribunal fédéral des assurances connaît en dernière instance des recours de droit administratif contre des décisions au sens des art. 97, 98 let. b à h et 98a OJ, en matière d'assurances sociales. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé ( ATF 119 Ib 36 consid. 1b, 118 V 313 consid. 3b et les références citées). b) Dans le cas d'espèce, Assura n'a rendu aucun prononcé sous forme de décision portant sur l'octroi de prestations d'assurances à raison de l'accident du 24 février ou du 19 mai 1998. A cet égard, sa lettre du 10 décembre 1998 à l'assurée se limitait à préciser l'objet de la décision sur opposition, seule question alors litigieuse entre les parties. Cette information a d'ailleurs été comprise de l'intéressée qui, dans son mémoire au Tribunal cantonal des assurances, a fait porter son recours sur les seules conséquences de l'accident du 2 décembre 1994. On doit ainsi constater que, pour autant qu'il s'agisse d'un domaine relevant de l'assurance sociale, la juridiction cantonale a rendu un jugement qui allait au-delà de l'objet du litige lorsqu'elle a pris en compte l'accident de 1998 et ses conséquences pour allouer des indemnités journalières. Dans cette mesure déjà, son jugement doit être annulé.

### **E. 3**

a) Le Tribunal fédéral des assurances examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure, soit en particulier le point de savoir si c'est à juste titre que la juridiction cantonale est entrée en matière sur le recours (ou sur l'action). Lorsque l'autorité de première instance a ignoré qu'une condition mise à l'examen du fond du litige par le juge faisait défaut et a statué sur le fond, c'est un motif pour le tribunal, saisi de l'affaire, d'annuler d'office le jugement en question ( ATF 120 V 29 consid. 1 et les arrêts

cités). b) Le 1er janvier 1996 est entrée en vigueur la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), qui remplace celle du 13 juin 1911 (LAMA). Selon l'art. 12 al. 2 première phrase et al. 3 LAMal, les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance sociale de la présente loi, des assurances complémentaires. Celles-ci sont régies par la loi sur le contrat d'assurance (LCA). La pratique de ces assurances complémentaires doit être autorisée par le Département fédéral de justice et police ( art. 13 OAMal ). Introduites sous cette forme lors des débats parlementaires, sur proposition des commissions du Conseil des Etats et du Conseil national, ces dispositions visent à mettre sur pied d'égalité les deux catégories d'assureurs-maladie puisque désormais les institutions d'assurance privée sont également autorisées à pratiquer l'assurance-maladie sociale, aux mêmes conditions que les caisses-maladie (Spira, *Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit*, RJJ 1996, p. 198). Les assurances complémentaires visées par cette disposition peuvent comprendre aussi bien les assurances pour les séjours hospitaliers en division privée ou semi-privée que les assurances d'indemnités journalières, voire d'autres prestations ne relevant pas de l'assurance obligatoire. Ainsi, avec la nouvelle loi, peuvent cohabiter au sein de la même caisse-maladie, une assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal , partie intégrante de l'assurance-maladie sociale ( art. 1er al. 1 LAMal ) et une assurance complémentaire d'indemnités journalières selon l' art. 12 al. 2 LAMal . Fondée sur des contrats de droit privé, celle-ci est alors régie par la LCA (cf. Eugster, *Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG*, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL, 1997, p. 509). En vertu de l' art. 102 al. 2 LAMal , les caisses devaient adapter au nouveau droit leurs dispositions relatives aux prestations complémentaires dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la LAMal (première phrase), c'est-à-dire au plus tard au 1er janvier 1997. Les droits et les obligations des assurés étaient régis par l'ancien droit tant que l'adaptation n'était pas effectuée (deuxième phrase). c) Assura a obtenu le 18 décembre 1996 l'autorisation du Département fédéral de justice et police de pratiquer l'assurance-accidents et l'assurance-maladie selon la LCA. Dès le 1er janvier 1997, les assurances complémentaires qu'elle proposait ont été soumises au droit privé. Sa brochure d'information à ses assurés, éditée en 1997, opère la distinction entre les assurances soumises à la LAMal et les autres assurances soumises à la LCA, catégorie comprenant désormais Pecunia, assurance d'indemnités journalières pour perte de gain. La police d'assurance ainsi que l'attestation d'assurance adressées à l'assurée séparent clairement ces deux catégories d'assurance quant à l'objet et quant au montant des primes si bien que le risque de confusion peut être exclu. Les nouvelles conditions contractuelles d'Assura, conformes au demeurant aux dispositions transitoires de la LAMal, ayant été acceptées par l'intéressée, il ne fait à cet égard aucun doute que l'assurance Pecunia est devenue pour elle, dès le 1er janvier 1997, une assurance complémentaire soumise à la LCA. Le jugement cantonal qui la qualifie d'assurance sociale s'avère, sur ce point, contraire au droit fédéral.

#### **E. 4**

a) Sous l'empire de la LAMA, le contentieux en matière d'assurances complémentaires au sens de l' art. 3 al. 5 LAMA relevait du juge des assurances sociales, selon la procédure définie aux art. 30 ss LAMA ( ATF 108 V 42 , 105 V 296 consid. 1b). Désormais, comme les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont régies par la LCA, le juge des assurances sociales n'est plus compétent pour connaître des litiges, de nature privée, qui pourraient survenir dans ce domaine entre assureurs et assurés ( ATF 124

V 135 consid. 3 et les références citées). En application de l' art. 47 LSA , le canton du Valais a désigné, pour trancher les litiges relatifs aux assurances complémentaires, le juge civil, laissant au Tribunal cantonal des assurances les seuls litiges propres à l'assurance sociale (art. 1 et 2 du Décret du 13 mars 1996 du Conseil d'Etat du canton du Valais). Cette solution, consistant à confier à deux juridictions cantonales différentes les deux types de litige ne répond pas dans ce sens au voeu exprimé à l'occasion des ultimes débats parlementaires au sujet de la LAMal (voir Spira, op. cit. , RJJ, 1996 p. 200). Il s'agit cependant de la solution retenue par le législateur cantonal à laquelle il y a lieu de se tenir.

b) Dans le cas particulier, dès lors qu'il a été retenu que l'objet du litige portait pour une partie sur des prestations de l'assurance complémentaire, le juge du Tribunal cantonal des assurances n'était pas compétent pour statuer sur ces rapports de droit privé. Dans cette mesure également, le jugement du 25 juin 1999 doit être annulé.

## **E. 5**

Le litige porte ensuite sur la question de savoir si, comme l'a admis partiellement la juridiction cantonale et comme T. \_\_\_\_\_ le soutient dans son recours, cette dernière peut prétendre des indemnités journalières de l'assurance-maladie sociale au-delà du 31 décembre 1996 en raison d'une incapacité de travail. a) Selon une jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours ( ATF 102 V 68 consid. 2; ATFA 1967 p. 8 consid. 1; RAMA 1984 no K 576 p. 99 consid. 4c; voir aussi Borella, L'affiliation à l'assurance-maladie sociale suisse, thèse Genève 1993, pp. 289 et 335). Cette jurisprudence est aussi applicable sous le régime du nouveau droit de l'assurance-maladie, le législateur n'ayant pas apporté de changement sur ce point ( ATF 125 V 110 consid. 3 et les réf. ). Sous l'angle du droit aux prestations, il importe donc, le cas échéant, de déterminer à quel moment le rapport d'assurance a pris fin. Pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal , celui-ci s'éteint, notamment, en cas de résiliation par l'assuré de l'assurance ou par son exclusion, qui peut être prononcée par l'assureur sous certaines conditions (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 108 ss.; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 360). Selon le nouveau droit, lorsqu'un assuré quitte, contre sa volonté, une assurance d'indemnité journalière soumise aux art. 67 ss LAMal , il peut prétendre à la poursuite de cette assurance auprès d'une autre caisse ou, en cas de sortie d'une assurance collective, à son admission dans l'assurance individuelle de la caisse sans qu'il ait à subir les désavantages de cette nouvelle situation, en particulier l'instauration de réserves. Celui qui, de son plein gré, résilie une assurance d'indemnité journalière peut se protéger des inconvénients dans la mesure où il résilie seulement lorsqu'un nouveau contrat d'assurance, conforme à ses besoins, est passé avec la caisse de son choix. En pareil cas, il n'existe pas un besoin de protection de l'assuré dont on devrait tenir compte en obligeant la caisse-maladie de continuer à verser des indemnités journalières après la résiliation du contrat pour les cas d'assurance qui sont survenus avant la résiliation de celui-ci. En conséquence, il y a lieu, comme on l'a vu, de s'en tenir à la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA dont les principes jurisprudentiels gardent toute leur pertinence ( ATF 125 V 117 consid. 3c). b) En concluant le nouveau contrat d'assurance d'indemnités journalières que proposait Assura, les parties ont mis fin au 31 décembre 1996, à tout le moins tacitement, à l'assurance facultative d'indemnité journalière Pecunia. Rien ne permet d'ailleurs de déceler dans les faits de la cause ou de déduire de la volonté des parties une

commune intention de maintenir un contrat d'assurance sociale d'indemnité journalière en parallèle avec les assurances complémentaires conclues. Il s'ensuit qu'à la fin de l'affiliation survenue le 31 décembre 1996 correspond la fin du droit aux prestations d'Assura comme assureur social. Par conséquent, celle-ci n'est pas tenue, en cette qualité, de verser d'éventuelles indemnités journalières au-delà de cette date. Ces considérations ne préjugent au demeurant en rien des droits de l'assurée à des prestations de son assurance complémentaire dès le 1er janvier 1997, en application des règles du droit civil sur lesquels pour les raisons évoquées ci-dessus, il n'y a pas lieu de se prononcer.

## E. 6

a) Reste à examiner le droit aux indemnités journalières que T. \_\_\_\_\_ prétend pour l'année 1996, seule question encore en litige dès lors que la caisse-maladie a versé des prestations jusqu'au 31 décembre 1995 dont elle ne conteste pas le bien-fondé. Dans le jugement entrepris, les premiers juges ont considéré qu'une incapacité de travail, selon des taux variables mais supérieurs à 50 %, existait depuis le 12 février 1998. En revanche, entre le 1er janvier 1996 et cette date, ce taux était de 25 % ce qui ne donne pas droit à des indemnités journalières. Assura s'est ralliée au jugement cantonal dans la mesure où il retient ce taux de 25 % pour cette période. Pour sa part, l'intéressée soutient que son incapacité de travail atteignait 50 %, partant qu'elle a droit à des indemnités journalières pour cette période. b) Il a toutefois échappé aux parties et à la juridiction cantonale que la particularité de cette affaire réside dans le fait que, pendant toute l'année 1996, Assura a régulièrement versé les indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 50 %, en se fondant sur les certificats médicaux du médecin traitant, le docteur M. \_\_\_\_\_. Ce n'est qu'à la suite du jugement rendu par le Tribunal cantonal des assurances le 23 octobre 1997 dans le litige opposant l'assurée à l'Office cantonal AI du Valais que la caisse-maladie a considéré, au vu de l'expertise du docteur P. \_\_\_\_\_ figurant dans cette procédure, que les conditions d'octroi d'indemnités journalières n'étaient pas données. En conséquence Assura a rendu une première décision (8 janvier 1998) puis une décision sur opposition (7 avril 1998) dans lesquelles elle déniait à l'assurée tout droit à des prestations postérieurement au 31 décembre 1995 et demandait le remboursement des indemnités journalières versées en 1996. Ces décisions ayant été annulées par la juridiction cantonale suite au recours de l'assurée, Assura a rendu une nouvelle décision le 10 mars 1999 selon laquelle "il n'existe plus de droit aux prestations d'indemnités journalières au-delà du 31 décembre 1995". Ainsi, dès lors que les prestations ont déjà été versées pour l'année 1996, la décision d'Assura est de nature constatatoire négative en ce sens qu'elle vise à constater l'inexistence d'un droit. Selon les principes rappelés ci-dessus (consid. 3a), il appartient au Tribunal fédéral d'examiner d'office si c'est à juste titre que la juridiction cantonale est entrée en matière sur le recours. c) Selon la jurisprudence, une autorité ne peut rendre une décision de constatation, au sens des art. 5 al. 1 let. b PA et 25 PA, que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel, de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits et d'obligations ( ATF 121 V 317 consid. 4a et les références). d) Dans le cas d'espèce, ces conditions ne sont manifestement pas réalisées. Le 10 mars 1999, soit près de trois ans après avoir versé des prestations qu'elle estimait indues, Assura était incontestablement en état de rendre une décision de restitution, de nature condamnatoire. D'autre part, on ne voit pas à quel intérêt actuel digne de protection peut répondre une

décision constatatoire a posteriori de la caisse-maladie dès lors que son intérêt peut être préservé au moyen d'une décision formatrice. Il s'ensuit que c'est à tort que la juridiction cantonale est entrée en matière sur le recours de l'assurée. Comme il lui a ainsi échappé qu'une condition formelle de validité de la procédure faisait défaut, elle a statué à tort sur le fond en rejetant sur ce point le recours de l'assurée au lieu de le déclarer irrecevable. D'office, il y a lieu de procéder à la rectification nécessaire en annulant le jugement cantonal et la décision de la caisse-maladie dans la mesure où ceux-ci constatent que l'assurée n'a pas droit à des indemnités journalières pour l'année 1996. Ce jugement ne reconnaît à l'assurée aucun droit aux indemnités journalières pour la période litigieuse, de sorte que cette annulation n'a pas pour conséquence de le modifier au détriment de la recourante (cf. ATF 122 V 166 ). C'est dans cette mesure que le recours de T.\_\_\_\_\_ peut être admis.

#### **E. 7**

Vu la nature du litige, la procédure est gratuite ( art. 134 OJ ). Assura obtient gain de cause, dès lors que le jugement cantonal par lequel des indemnités journalières étaient allouées postérieurement au 1er janvier 1997 est annulé. Elle n'a cependant pas droit à des dépens auxquels d'ailleurs elle ne prétend pas ( art. 159 al. 2 OJ ; ATF 118 V 169 consid. 7). Pour sa part, T.\_\_\_\_\_ n'obtient pas gain de cause par rapport à ses conclusions si bien qu'elle n'a pas davantage droit à des dépens.

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