Urteilskopf

116 V 231

36. Arrêt du 26 septembre 1990 dans la cause D. contre Fondation pour l'Assurance Maladie et Accidents et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 4 BV: Gleichbehandlung. Fall einer Krankenkasse, die eine neue Kasse gründet und ausschliesslich ihren als "Privatpatienten" versicherten Mitgliedern (einschliesslich deren Angehörigen) die Möglichkeit einräumt, zu günstigen Bedingungen in die neue Kasse überzutreten (Erw. 2-4).

Art. 5 Abs. 1 KUVG und Art. 3 Vo III: Versicherung Angehöriger. Die im KUVG geregelte Krankenversicherung ist, unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Kollektivversicherung, eine Einzelversicherung. Demzufolge ist Art. 3 Vo III gesetzmässig, welcher es verbietet, die Mitgliedschaft davon abhängig zu machen, dass auch ein Angehöriger bei der Kasse versichert ist (Erw. 4a).

Regeste (fr):
Art. 4 Cst.: Egalité de traitement. Lorsqu'une caisse-maladie crée une autre caisse et offre uniquement à ses assurés titulaires d'une assurance "patient privé" (ainsi qu'aux membres de leur famille) la possibilité de passer dans cette caisse à des conditions avantageuses (consid. 2-4).

Art. 5 al. 1 LAMA et art. 3 Ord. III: Assurance de membres de la famille. Sous réserve des dispositions relatives à l'assurance collective, l'assurance-maladie, telle qu'elle est organisée par la LAMA, est une assurance individuelle. L'art. 3 Ord. III, selon lequel les caisses ne doivent pas faire dépendre le sociétariat d'une personne de celui d'un membre de sa famille, est dès lors conforme à la loi (consid. 4a).

Regesto (it):
Art. 4 Cost.: Parità di trattamento. Quando una cassa malati costituisce un'altra cassa offrendo solo agli assicurati titolari di una assicurazione "pazienti privati" (come ai membri delle loro famiglie) la possibilità di passare a questa cassa a condizioni vantaggiose (consid. 2-4).

Art. 5 cpv. 1 LAMI e art 3 O III: Assicurazione dei membri della famiglia. Riservate le disposizioni sull'assicurazione collettiva, l'assicurazione contro le malattie, come organizzata nella LAMI, è un'assicurazione individuale. L'art. 3 O III, secondo il quale le casse non possono subordinare l'appartenenza di una persona a quella di un membro della sua famiglia, è conforme alla legge (consid. 4a).

Sachverhalt ab Seite 231

A.- La SUPRA, Caisse-maladie et accidents pour la Suisse (anciennement: SVRSM, Société vaudoise et romande de secours

mutuels), pratiquait, à côté de l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques, une catégorie d'assurance complémentaire dite "pour patient privé". Cette assurance complémentaire se caractérisait par un régime de franchises annuelles élevées. Elle était en principe destinée aux personnes se trouvant dans une situation très aisée - c'est-à-dire à celles dont le revenu et la fortune atteignaient certaines limites fixées par les dispositions cantonales d'application de la LAMA - et ne bénéficiant d'aucune protection tarifaire. En pratique toutefois, la possibilité de conclure une telle assurance a été offerte à d'autres personnes, qui ne remplissaient pas ces conditions. Après que le Conseil fédéral eut modifié, en 1986, les dispositions d'exécution relatives à la franchise et à la participation, modifications qui, entre autres innovations, permettaient aux caisses d'adopter un régime de franchises annuelles pour tous les assurés majeurs, la SUPRA a créé, sous la forme d'une fondation, une nouvelle caisse-maladie, dénommée Fondation pour l'Assurance Maladie et Accidents (FAMA), que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a reconnue. Le transfert à la FAMA, sans nouvelles réserves et aux conditions de l'âge d'entrée initial, a été proposé aux assurés de la SUPRA qui étaient au bénéfice d'une assurance "patient privé". En automne 1987, les intéressés ont été informés de cette possibilité de transfert, qui avait pour but, selon la SUPRA, de maintenir leurs "droits acquis", voire d'améliorer leur situation antérieure.

B.- Maria D., née en 1921, célibataire, est affiliée à la SUPRA depuis 1966 pour l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques. Le 16 décembre 1987, elle a demandé à la FAMA de l'admettre à partir du 1er janvier 1988. Elle faisait valoir qu'un changement de caisse entraînerait une réduction sensible de sa cotisation et s'étonnait de n'avoir reçu de la SUPRA aucune proposition de transfert. La FAMA lui a envoyé, le 11 janvier suivant, une formule de demande d'admission dans l'assurance "STANDARD PLUS", prévoyant notamment une franchise annuelle de 500 francs. Elle a toutefois spécifié que l'admission dans la FAMA n'était possible que jusqu'à l'âge de 60 ans. L'assurée a répondu qu'elle ne désirait pas modifier ses conditions d'assurance actuelles et que le montant de la franchise annuelle devait être limité au minimum légal (100 francs).

Par décision du 28 janvier 1988, la FAMA a rejeté la demande au motif que la candidate ne remplissait aucune des conditions fixées par l'art. 7 LAMA pour avoir droit au libre passage; d'autre part, les conditions générales disposent que les candidats ne peuvent être admis que jusqu'à l'âge de 60 ans révolus, si bien qu'une admission ne pouvait plus entrer en ligne de compte en l'occurrence.

C.- Maria D. a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Elle concluait à la reconnaissance de son droit "d'entrer dans la FAMA et d'être traitée, pour ce qui est de cette entrée et de (son) assurance de base, de la même manière que les anciens assurés SUPRA auxquels à la fin 1987 la proposition d'entrer à la FAMA a été faite". Après avoir invité l'OFAS à lui fournir des explications sur les circonstances qui ont conduit à la création de la FAMA, le Tribunal cantonal a rejeté le recours par jugement du 26 octobre 1988.

D.- Maria D. interjette un recours de droit administratif contre ce jugement, dont elle demande l'annulation, en reprenant ses conclusions précédentes. La FAMA conclut au rejet du recours. Il en est de même de la SUPRA, qui a été invitée à se déterminer en sa qualité d'intéressée. Quant à l'OFAS, il propose également de rejeter le recours.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. (Pouvoir d'examen)

2. a) Selon l'art. 14bis al. 1 LAMA, les caisses-maladie doivent imposer aux assurés une participation aux frais médicaux et pharmaceutiques; elles sont tenues, en outre, de mettre à la charge des assurés majeurs, dans chaque cas de maladie, un montant déterminé par le Conseil fédéral (franchise). Il appartient au Conseil fédéral d'édicter des prescriptions de détail à ce sujet (art. 14bis al. 4 LAMA). Selon la réglementation en vigueur jusqu'au 31 décembre 1986, la franchise s'élevait à 30 francs par cas de maladie. Pour les assurés dans une situation très aisée, elle s'élevait à 50 francs au moins, par cas de maladie également. La pratique avait cependant développé une forme d'assurance dite "pour patient privé" ou "assurance gros risque", qui comportait des franchises annuelles élevées et dont la jurisprudence a reconnu la légalité pour les

assurés dans une situation très aisée au sens de l'art. 22 al. 2 LAMA (ATF 110 V 323; DUC, La concurrence entre caisses-maladie, JCMS 1986 p. 67).
b) D'importantes innovations ont été apportées à ce régime des franchises par la modification de l'Ord. V du 29 septembre 1986, entrée en vigueur le 1er janvier 1987. Le montant respectif des franchises par cas de maladie a été porté à 50 francs et à 100 francs (art. 25 al. 2 et 3 Ord. V). En outre, au lieu de ces franchises (et de la participation aux frais selon l'art. 24 Ord. V), il peut désormais être perçu, chez les assurés majeurs: - Un montant fixe par année civile (franchise annuelle), ainsi qu'une quote-part des frais (participation de 10 pour cent calculée sur les frais des soins médicaux et pharmaceutiques qui excèdent le montant de la franchise et ne tombent pas sous le coup de l'art. 14bis al. 2 LAMA (art. 26bis al. 1 Ord. V); la franchise annuelle ordinaire s'élève à 100 francs par année civile ou, pour les assurés dans une situation très aisée, à 200 francs (art. 26bis al. 2 Ord. V). - Une franchise annuelle à option, qui peut être proposée, moyennant une réduction équitable de la cotisation, par les caisses pratiquant le système de la franchise annuelle; le montant maximum de la franchise est de 1'000 francs ou, pour les assurés dans une situation très aisée, de 1'500 francs (art. 26ter al. 1 Ord. V). Les assurés ayant une franchise à option et ceux ayant la franchise ordinaire forment, ensemble, un groupe de risques uniforme (art. 26ter al. 2 Ord. V). c) Comme l'a exposé l'OFAS dans sa circulaire No 194 aux caisses-maladie et aux fédérations de réassurance reconnues, du 30 septembre 1986, ces modifications avaient pour but principal de permettre à tous les assurés - et non plus seulement à ceux d'entre eux qui se trouvaient dans une situation très aisée - de choisir une franchise plus élevée que le montant réglementaire. Du reste, certaines caisses offraient déjà à tous les assurés qui le désiraient la possibilité de conclure une assurance "patient privé", indépendamment de toute limite de revenu et de fortune. L'assurance "patient privé" constituait, d'autre part, une assurance propre, dont les affiliés formaient une communauté de risques séparée. En raison d'une sélection des risques et de l'importance du montant de la franchise, les conditions d'affiliation à cette assurance étaient particulièrement avantageuses

sous l'angle des cotisations. L'on a donc aussi voulu, par la modification réglementaire, rassembler dans un seul groupe de risques tous les assurés d'une même caisse. d) S'agissant des circonstances qui sont à l'origine de la création de la FAMA, l'OFAS a exposé en procédure cantonale que l'effectif de la SUPRA se caractérisait

par le fait que 40 pour cent de ses affiliés étaient au bénéfice d'une assurance "patient privé", essentiellement dans les cantons de Vaud et de Genève. Les cotisations de cette branche d'assurance étaient peu élevées en comparaison de celles de l'assurance de base, qui concernait surtout des personnes âgées. Avec l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, les caisses ont dû respecter certains principes dans la fixation des cotisations des assurés ayant une franchise annuelle à option. C'est ainsi que, pour fixer la réduction équitable au sens de l'art. 26ter Ord. V, elles durent se fonder sur les cotisations de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques avec franchise ordinaire (art. 1er Ord. dép. 11). L'introduction de ce nouveau système eût impliqué pour la SUPRA une augmentation très sensible du montant des cotisations de la branche "patient privé", ce qui eût provoqué la démission de nombreux assurés et, de ce fait, menacé la survie même de la caisse. L'OFAS autorisa alors la SUPRA, compte tenu de sa structure d'assurance tout à fait particulière, à créer une nouvelle caisse-maladie (dont le rayon d'activité serait limité aux cantons de Vaud et de Genève), afin d'accueillir les personnes bénéficiant auprès de la SUPRA d'une assurance "patient privé".

3. a) L'art 5 al. 1 LAMA prévoit que tout citoyen suisse a le droit de s'affilier à une caisse dont il remplit les conditions d'admission. Dans le cas particulier, les conditions générales d'assurance de la FAMA disposent que les candidats ne peuvent être admis que jusqu'à l'âge de 60 ans révolus. Comme la recourante, qui était alors âgée de 66 ans, ne remplissait d'autre part aucune des conditions pour avoir droit au libre passage, fixées par les art. 7 et 8 LAMA, son admission à la FAMA ne pouvait, en principe, plus entrer en considération. Aussi bien la recourante se place-t-elle sur un autre terrain. Selon elle, la création d'une caisse distincte de la SUPRA aboutit en fait à constituer deux communautés, l'une comprenant de bons risques avec des assurés en bonne santé (ceux qui sont au bénéfice d'assurances complémentaires), l'autre les mauvais risques avec

des assurés âgés ou en mauvaise santé (qui ne sont souvent pas concernés par les assurances complémentaires). Proposer le transfert à la FAMA aux assurés de l'une seulement de ces deux communautés constituait, selon elle, une violation du droit à l'égalité. b) En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, les caisses-maladie sont tenues de se conformer aux principes généraux régissant toute activité administrative, ce qui implique notamment l'interdiction de l'arbitraire, le respect de l'égalité de traitement et du principe de proportionnalité (ATF 113 V 215 consid. 3b; RAMA 1989 No K 794 p. 26 consid. 2b). c) En l'espèce, le transfert dans la FAMA des bénéficiaires d'une assurance "patient privé" trouvait une justification dans la volonté de protéger leur situation antérieure et, indirectement, de garantir l'existence même de la SUPRA. Si les cotisations de cette assurance étaient avantageuses, c'est aussi et surtout parce que les intéressés acceptaient, par le biais de franchises élevées, de supporter eux-mêmes des frais qui, sans cela, eussent dû l'être par l'assurance, avec pour conséquence une augmentation de cotisations (cf. DUC, loc.cit., p. 67). Du moment qu'il existait déjà, sous l'empire de l'ancienne réglementation, deux communautés de risques distinctes, la situation des autres assurés (au bénéfice de la seule assurance de base) ne subissait pas de modification. Ces mêmes assurés avaient d'ailleurs aussi intérêt à ce que la SUPRA ne soit pas mise dans une situation d'équilibre difficile, qui eût pu entraîner une fusion avec une autre caisse reconnue, voire une liquidation pure et simple. En cas de fusion p.ex., la caisse reprenante n'est pas tenue d'admettre les assurés de la caisse absorbée aux conditions de l'âge d'entrée initial (ATF 113 V 205). La création de la FAMA par la SUPRA n'apparaît donc pas comme une opération dépourvue de tout fondement objectif. Il s'agissait d'une mesure d'ordre essentiellement économique, jugée nécessaire par l'autorité fédérale de surveillance et sur laquelle le Tribunal fédéral des assurances n'a pas, en définitive, à se prononcer. C'est dire qu'une différence de traitement, fondée uniquement sur le genre d'assurance, ne peut pas être taxée d'arbitraire. Ce serait vider de son sens l'opération de transfert à la FAMA que d'admettre le contraire. Or, la recourante ne bénéficiait pas d'un contrat d'assurance "patient privé" avec une franchise annuelle. En cela, sa situation n'était pas comparable à celle des assurés visés par l'offre de la SUPRA, de sorte qu'elle ne

saurait se prévaloir d'une violation du droit à l'égalité par rapport à ces derniers.

4. La recourante fait encore valoir que l'offre de passage à la FAMA a été étendue aux membres de la famille des assurés titulaires d'une assurance "patient privé", ce qui serait aussi constitutif d'inégalité de traitement. En procédure cantonale, la FAMA a effectivement reconnu l'existence d'une telle extension afin, a-t-elle précisé, "de maintenir un regroupement familial". Le premier juge n'a pas prêté attention à cette particularité, alors que l'OFAS, dans son préavis, affirme qu'il n'en a pas eu connaissance, à l'époque. a) Le privilège contesté ici par la recourante se heurte à l'art. 3 Ord. III, selon lequel les caisses ne doivent pas faire dépendre le sociétariat d'une personne de celui d'un membre de sa famille. La légalité de cette disposition, mise en doute par MAURER (Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II, p. 294), a été reconnue implicitement par le Tribunal fédéral des assurances (RAMA 1985 No K 622 p. 90 consid. 1). Elle paraît être admise sans réserve tant par BONER/HOLZHERR (L'assurance-maladie selon la LAMA, p. 24) que par HOPPLER-WYSS (Die von den Krankenkassen betriebenen und angebotenen Versicherungsarten, thèse Fribourg 1983, p. 123). A juste titre, car l'assurance-maladie, telle qu'elle est organisée par la LAMA, est - sous réserve des dispositions relatives à l'assurance collective, qui ne sont pas en cause ici - une assurance individuelle; l'affiliation ne concerne que l'assuré lui-même. Du reste, d'une façon plus générale, le droit suisse des assurances sociales ne connaît pas la notion d'assurance familiale (cf. SPIRA, Les effets de la filiation en droit suisse des assurances sociales, in: Problèmes de droit de la famille, Recueil de travaux publié par la Faculté de droit et des sciences économiques de l'Université de Neuchâtel, 1987, p. 163 s.). Sans doute l'art. 6bis al. 3 LAMA fait-il référence à l'"assurance des familles", mais cette disposition n'est pas en relation avec l'affiliation; elle concerne uniquement l'échelonnement des cotisations aux fins de faciliter l'assurance - individuelle - de tous les membres d'une même famille. Au demeurant, l'interdiction formulée par la disposition réglementaire précitée se justifie par le fait que l'égalité entre les caisses serait rompue si certaines d'entre elles étaient en mesure, par le biais d'assurances familiales, d'attirer presque systématiquement de jeunes assurés, alors que d'autres, privées

de cette possibilité, risqueraient de se trouver en situation de déséquilibre. Il était dès lors contraire au droit fédéral d'étendre l'admission à la FAMA à ceux des assurés qui comptaient un membre de leur famille parmi les titulaires d'une assurance "patient privé". Il faut ainsi se demander si la recourante peut se prévaloir du principe de l'égalité dans l'illégalité. b) Lorsqu'une autorité, non pas dans un cas isolé, ni même dans plusieurs cas, mais selon une pratique constante, ne respecte pas la loi et donne à croire qu'à l'avenir également, elle ne la respectera pas non plus, l'administré est en droit d'être mis au bénéfice de l'illégalité, pour autant que cela ne lèse pas d'autres intérêts légitimes (ATF 115 Ia 83 consid. 2; G. MÜLLER in Commentaire de la Constitution fédérale, art. 4, note 45; HAEFLIGER, Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich, Berne 1985, p. 73/74). Ce principe vaut aussi dans les relations entre caisses-maladie et assurés (RAMA 1989 No K 816 p. 316). Son application suppose, comme condition préalable, que les situations à considérer soient identiques ou du moins semblables (AUER, L'égalité dans l'illégalité, ZBl 1978 (vol. 79), p. 294, et la jurisprudence citée). c) En l'occurrence, la recourante a demandé à être admise à la FAMA dans la seule assurance de base, avec une franchise minimale et aux mêmes conditions que les autres assurés de la SUPRA qui se sont vu proposer le transfert à la FAMA (c'est-à-dire sans nouvelles réserves et aux conditions d'âge d'entrée dans la SUPRA). Or, l'on ignore à quelles conditions certains assurés de la SUPRA ont pu être admis à la FAMA, en raison uniquement de leurs liens de parenté avec d'autres affiliés. Il n'est pas exclu que leur admission impliquât

la conclusion d'assurances complémentaires ou l'acceptation de franchises plus élevées que le minimum réglementaire. Dans l'une ou l'autre des hypothèses, les situations en présence seraient différentes et le grief d'inégalité serait d'emblée mal fondé. De même, on ne connaît pas le nombre des affiliés qui ont bénéficié des dérogations, consenties sans droit, par la FAMA. Enfin, la FAMA ne s'est pas exprimée au sujet de ces dérogations. Apparemment, elle n'a pas conscience du caractère illicite de sa pratique, que personne, durant la procédure, n'a mise en cause sous l'angle de l'art. 3 Ord. III. On ne peut donc pas présumer que, dorénavant, elle adoptera une pratique conforme à la loi (si tant

est que tous les cas de transfert d'une caisse à l'autre n'ont pas été définitivement réglés à ce jour). Il est prématuré, dans ces circonstances, de se prononcer sur le second grief de la recourante. Il convient donc de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour instruction complémentaire et nouveau jugement.

5. (Frais)

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: Le recours est partiellement admis et le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 26 octobre 1988 est annulé.