Urteilskopf

117 V 62

9. Arrêt du 30 janvier 1991 dans la cause FAMA Caisse-maladie et accidents contre C. et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 14bis KUVG, Art. 24, Art. 26bis, Art. 26ter und Art. 26quater Vo V (in der bis 31. Dezember 1990 gültigen Fassung): Jahresfranchise.

Gesetzmässigkeit einer Statutenbestimmung, welche eine Mindestdauer vorsieht, während der ein Versicherter mit wählbarer Jahresfranchise keine niedrigere Franchise oder die ordentliche Jahresfranchise wählen kann.

Regeste (fr):
Art. 14bis LAMA, art. 24, art. 26bis, art. 26ter et art. 26quater Ord. V (dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 1990): Franchise annuelle.

Légalité d'une disposition statutaire qui fixe un délai minimum pendant lequel un assuré qui a souscrit une assurance avec franchise annuelle à option ne peut choisir une franchise plus basse ou la franchise annuelle ordinaire.

Regesto (it):
Art. 14bis LAMI, art. 24, art. 26bis, art. 26ter e art. 26quater O V (nella versione vigente sino al 31 dicembre 1990): Franchigia annuale.

Legalità di una disposizione statutaria che fissa un termine minimo durante il quale l'assicurato che ha sottoscritto un'assicurazione con franchigia annuale opzionale non può scegliere una franchigia inferiore o quella annuale ordinaria.

Sachverhalt ab Seite 62

A.- Nicole C., née en 1944, était affiliée depuis le 1er mars 1978, en qualité d'assurée individuelle, à la Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM; actuellement et ci-après: la SUPRA), dans la catégorie È correspondant à l'assurance pour "patients privés" incluant le risque accidents, avec une franchise de 500 francs. Le 2 novembre 1987, en réponse à une proposition de la SUPRA, elle demanda à adhérer à la Fondation pour l'Assurance Maladie et Accidents (FAMA; ci-après: la caisse) aux conditions de la "proposition no 1" comportant, entre autres assurances, la couverture des soins médico-pharmaceutiques assortie d'une franchise annuelle de 500 francs (classe I). Le 11 novembre 1988, l'assurée requit la modification des conditions de son assurance, en ce sens que le montant de la franchise annuelle fût ramené à 100 francs dès le mois de novembre 1989. Dans sa réponse du 25 novembre 1988, la caisse, invoquant l'art. 5 des conditions spéciales de l'assurance ordinaire des frais médicaux, pharmaceutiques

et hospitaliers de la classe I (ci-après: les conditions spéciales d'assurance), qu'elle joignait à sa lettre, déclara qu'elle ne pouvait admettre une réduction de la franchise que jusqu'à concurrence de 300 francs, à partir du 1er décembre 1989; ultérieurement et toujours moyennant un préavis d'une année, la franchise pourrait être réduite à 100 francs après un délai de trois ans dans la nouvelle catégorie d'assurance. L'assurée, invoquant notamment le caractère inéquitable de cette réglementation, renouvela sa demande par lettre du 7 décembre 1988 adressée à la Direction de la sécurité sociale de la Ville de Lausanne. Elle relevait, en particulier, que les conditions d'assurance de la caisse ne lui avaient été communiquées qu'au printemps 1988. Cette correspondance fut transmise à la SUPRA. Le 3 janvier 1989, la caisse rendit une décision par laquelle elle confirmait implicitement le point de vue exprimé précédemment. Elle se fondait pour cela sur l'art. 5 ch. 1 des conditions spéciales d'assurance, auquel, affirmait-elle, elle ne pouvait déroger "par équité envers l'ensemble de (ses) assurés".

B.- Par jugement du 22 août 1989, le Tribunal des assurances du canton de Vaud admit le recours interjeté par Nicole C. et réforma la décision attaquée, en ce sens que la franchise annuelle grevant l'assurance de la prénommée était ramenée de 500 à 100 francs à partir du 1er décembre 1989.

C.- La caisse interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle demande l'annulation. Nicole C. conclut implicitement au rejet du pourvoi, ce que propose également l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: l'OFAS).

Erwägungen

Considérant en droit:

1. (Pouvoir d'examen)

2. L'art. 14bis al. 1 LAMA exige des caisses-maladie qu'elles imposent aux assurés une participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et en outre, mais seulement pour les assurés majeurs, qu'elles mettent à la charge de ces derniers, dans chaque cas de maladie, un montant déterminé par le Conseil fédéral, appelé "franchise". Les dispositions d'exécution édictées par le Conseil fédéral figurent dans l'Ord. V, plus particulièrement aux art. 24 ss. La présente cause doit être examinée à la lumière de ces dispositions réglementaires

dans leur version introduite par la novelle du 29 septembre 1986 (RO 1986 II 1706) et valable jusqu'au 31 décembre 1990 (RO 1990 III 2039). La principale innovation apportée par la modification de 1986 consistait dans l'instauration d'un double régime de franchise. Soit, comme le prévoit la loi, les caisses percevaient de leurs assurés - en sus de la participation aux frais médico-pharmaceutiques - une franchise d'un montant de 50 francs (100 francs pour les assurés dans une situation très aisée) par cas de maladie (art. 25 al. 2 et 3 Ord. V). Soit elles percevaient un montant fixe par année civile, appelé "franchise annuelle", ainsi qu'une participation de 10% aux frais médico-pharmaceutiques qui excèdent ce montant. La franchise annuelle "ordinaire" s'élevait à 100 francs (200 francs pour les assurés dans une situation très aisée) par année civile (art. 26bis

al. 2 Ord. V). Moyennant une réduction équitable de la cotisation, les caisses étaient autorisées à proposer à leurs assurés majeurs l'assurance des soins médico-pharmaceutiques avec une franchise annuelle plus élevée pouvant s'élever à 300 francs, 500 francs ou 1'000 francs (respectivement 600 francs, 1'000 francs et 1'500 francs pour les assurés dans une situation très aisée) par année civile (art. 26ter al. 1 Ord. V). Aux termes de l'art. 26ter al. 2 Ord. V, les assurés ayant une franchise à option et ceux ayant la franchise annuelle ordinaire forment, ensemble, un groupe de risques uniforme. Selon le troisième alinéa de cet article, tous les assurés ont la possibilité de choisir une franchise à option. Les caisses fixent à quelles conditions l'assuré peut requérir la modification de la franchise. La modification doit être possible, indépendamment de l'état de santé et de l'âge, et sans qu'il soit porté atteinte au groupe d'âge auquel appartenait l'assuré lors de son entrée dans la caisse. Le choix d'une franchise plus élevée ne doit pas être rendu plus difficile.

3. a) Ainsi, le Conseil fédéral n'a pas fixé lui-même les conditions auxquelles un assuré qui a choisi le système de la franchise annuelle peut requérir la modification du montant de cette franchise. C'est aux caisses qu'il incombe de le faire (art. 26ter al. 3, deuxième phrase, Ord. V). Elles ne peuvent cependant agir comme bon leur semble. D'une part, elles doivent observer la réglementation figurant aux troisième et quatrième phrases de l'art. 26ter al. 3 Ord. V. D'autre part, elles ont l'obligation, lorsqu'elles réglementent la franchise annuelle, de se conformer aux principes juridiques de caractère général relevant du droit fédéral des assurances sociales, du droit

administratif et de la Constitution fédérale; en particulier, elles sont tenues de respecter les principes fondamentaux de l'assurance-maladie sociale, notamment les principes de la mutualité, de la proportionnalité et de l'égalité de traitement. A cet égard, leur situation juridique est comparable à celle d'une caisse qui réglemente des branches d'assurance complémentaires à l'assurance de base légale (cf. ATF 114 V 173 consid. 2a et 276 consid. 2a, et les références). b) En l'espèce, l'art. 5 des conditions spéciales d'assurance a la teneur suivante: "Article 5: Modification de la franchise
1. Les assurés qui désirent diminuer le montant de leur franchise ne peuvent le faire qu'après une période d'assurance de trois ans, dans la franchise immédiatement supérieure à celle qu'ils désirent souscrire. Si cette condition est remplie, la modification prend effet douze mois après la demande de l'assuré. 2. Les assurés qui désirent augmenter le montant de leur franchise peuvent le faire jusqu'à l'âge de 60 ans révolus, quel que soit leur état de santé. La modification prend effet dès le premier jour du mois qui suit la demande de l'assuré." De l'avis de la recourante, cette réglementation statutaire est conforme aux recommandations de l'autorité fédérale de surveillance et elle tend à prévenir les abus. En effet, plus la franchise annuelle est basse, plus le risque est grand pour la caisse. Dès lors, si un assuré choisit d'emblée une franchise élevée, assortie d'une cotisation réduite en proportion, il ne peut prétendre le droit à bénéficier d'une réduction du montant de la franchise avant l'écoulement d'un certain délai. De son côté, l'intimée ne conteste pas la légitimité du but visé par la réglementation statutaire en cause. Elle soutient toutefois que son application ne respecte pas le principe de proportionnalité, dans la mesure où elle impose un délai de huit, voire de douze ans. Les premiers juges, quant à eux, ont considéré qu'en raison du système de franchise choisi par la caisse - à savoir la franchise annuelle et non la franchise par cas de maladie - l'assurance avec franchise annuelle de 100 francs, soit le minimum imposé par les dispositions réglementaires (art. 26bis al. 2 Ord. V, dans la version valable jusqu'au 31 décembre 1990), constituait, en l'occurrence, l'"assurance de base" que tout assuré est en droit de conclure. C'est pourquoi, aucun délai d'attente ne peut être imposé à un assuré qui, tel l'intimée, renonce à une assurance avec franchise annuelle plus élevée pour revenir à l'assurance de base.

Quant à l'OFAS, il se réfère aux recommandations figurant dans sa circulaire No 194 du 30 septembre 1986 à l'intention des caisses-maladie, concernant les "délais de résiliation" plus longs lors du passage d'une franchise plus élevée à une franchise plus basse. Selon ces recommandations, un tel changement "ne (doit) pas constituer une difficulté inéquitable". En ce qui concerne l'art. 5 ch. 1 du règlement en cause dans la présente affaire, l'office fédéral est d'avis que l'interprétation qu'en donne la caisse recourante, d'après laquelle un délai de huit ans est nécessaire pour parvenir à la franchise ordinaire de 100 francs, ne paraît "pas conforme à l'esprit de (sa) circulaire", raison pour laquelle il propose au Tribunal fédéral des assurances de rejeter le recours. c) La caisse recourante fait valoir que son risque augmente avec la diminution de la franchise car, explique-t-elle, plus la franchise est basse, plus la caisse risque d'être mise à contribution "dans une mesure dépassant la différence de cotisations par rapport à une assurance avec franchise plus élevée". Si la première partie de cette assertion est un truisme, la seconde n'est nullement démontrée. En effet, selon le principe de la mutualité qui doit être respecté par toutes les caisses (art. 3 al. 3 LAMA), à des prestations égales doivent correspondre des cotisations égales (art. 16, première phrase, Ord. V; les exceptions réservées par la seconde phrase de cette disposition réglementaire n'englobent pas les art. 24 ss Ord. V). Dès lors, pour se conformer à ce principe, les caisses pratiquant le système de la franchise annuelle devraient fixer leurs cotisations en proportion du risque assuré, lequel varie, en particulier, selon l'importance de la franchise. Par conséquent, aucune augmentation de charges ne devrait théoriquement résulter du fait qu'un assuré demande à diminuer le montant de la franchise annuelle convenue, puisqu'il devra verser, en contrepartie, des cotisations plus élevées, dans la mesure de l'augmentation du risque assuré. Cela n'est vrai toutefois qu'en théorie, car le Conseil fédéral a entendu fixer lui-même les principes de calcul des cotisations en cas de franchise annuelle à option. Et il l'a fait de telle manière que les facteurs de réduction des cotisations soient inférieurs à ce qu'ils seraient si l'on s'en tenait aux seuls critères actuariels. C'est l'objet de l'art. 26quater Ord. V, complété par l'ordonnance 11 du DFI sur l'assurance-maladie concernant les cotisations des assurés en cas de franchise annuelle à option, du 8 décembre 1986, dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1990 (RO 1991 I 17).

Dans sa circulaire No 194 déjà citée, l'OFAS a exposé notamment ce qui suit: Il s'agissait pour le Conseil fédéral d'empêcher l'utilisation de cette nouvelle sorte de franchise dans un but de "désolidarisation" entre assurés jeunes et en bonne santé, d'une part, et assurés âgés et malades, d'autre part, et, du même coup, de mettre fin à certaines pratiques - dévoyant le principe de mutualité - auxquelles avaient donné lieu les assurances pour patients privés créées par la plupart des caisses-maladie; c'est pour ce motif également que l'art. 26ter al. 2 Ord. V dispose que les assurés ayant une franchise à option et ceux ayant la franchise annuelle ordinaire forment, ensemble, un groupe de risques uniforme. Dans ces conditions, il apparaît nécessaire de fixer une limite temporelle à la possibilité, pour un assuré qui a souscrit une assurance avec franchise annuelle à option, de choisir une franchise plus basse ou la franchise annuelle ordinaire. L'OFAS lui-même, dans l'une des annexes à sa circulaire No 194, a suggéré aux caisses d'inclure dans leurs statuts une clause ainsi rédigée: "5 Tous les assurés ont la possibilité de choisir une franchise à option. La modification de la franchise doit être possible, indépendamment de l'état de santé et de l'âge, et sans qu'il soit porté atteinte au groupe d'âge, auquel appartenait l'assuré lors de son entrée dans la caisse. Le passage à une franchise plus basse est possible, à condition d'avoir été affilié durant trois ans à l'assurance avec une franchise plus élevée et d'observer le délai de résiliation d'une année." d) Cela étant, il n'est pas possible de suivre le raisonnement qui a amené l'autorité cantonale de recours à réformer la décision administrative litigieuse. Certes, lorsqu'une caisse, sous l'empire des règles applicables jusqu'au 31 décembre 1990, optait pour le système de la franchise annuelle en lieu et place de la franchise par cas de maladie - comme l'a fait, en l'occurrence, la recourante -, l'assurance avec franchise annuelle ordinaire au sens de l'art. 26bis Ord. V devait être considérée comme l'assurance "de base", c'est-à-dire comme celle qui répondait aux exigences minimales de la LAMA (à condition d'interpréter extensivement l'art. 14bis al. 1, troisième phrase, LAMA). Il n'en demeure pas moins qu'il serait contraire à toute logique de restreindre le droit d'un assuré de réduire en tout temps le montant de la franchise à option, par exemple - sous l'empire des

dispositions réglementaires applicables jusqu'au 31 décembre 1990 - en passant d'une franchise de 500 francs à une franchise de 300 francs, sans en faire

BGE 117 V 62 S. 68

de même à l'égard d'un assuré qui souhaite renoncer à la franchise à option pour en revenir à la franchise "ordinaire". En réalité, c'est la terminologie utilisée par l'auteur de l'ordonnance qui prête à confusion. Il n'existe pas deux sortes de franchises annuelles, comme cela semble ressortir du texte réglementaire, mais une seule; ce que le Conseil fédéral dénomme franchise annuelle "ordinaire" ("ordentliche") n'est rien d'autre que la franchise minimale que les caisses doivent mettre à la charge de leurs assurés majeurs, en sus de la participation aux frais médico-pharmaceutiques proprement dite. En d'autres termes, le système choisi par le Conseil fédéral pour les assurés majeurs est celui d'une franchise annuelle à quatre échelons: soit, selon les dispositions applicables jusqu'au 31 décembre 1990, 100 francs (200 francs pour les assurés dans une situation très aisée), 300 francs (600 francs), 500 francs (1'000 francs) et 1'000 francs (1'500 francs). Pour les assurés mineurs, il n'y a pas de franchise minimale mais uniquement une participation aux frais de 10% (art. 26bis al. 1, dernière phrase, Ord. V) et trois échelons de franchise à option: 50 francs, 100 francs et 150 francs par année civile (art. 26ter al. 1 in fine Ord. V). C'est pourquoi, comme l'OFAS l'a encore récemment rappelé aux caisses (cf. RAMA 1989 p. 286 ad ch. 1), celles-ci ne sauraient exclure la possibilité, pour leurs assurés, de choisir la franchise annuelle ordinaire; il s'agit là en effet d'un choix supplémentaire offert aux assurés et le droit de ceux-ci de réduire la franchise comprend aussi celui d'opter pour la franchise annuelle ordinaire. Aussi doit-on admettre que les caisses sont en droit de fixer un délai minimum qui doit être respecté par tout assuré désireux de réduire le montant de la franchise annuelle, y compris lorsqu'il entend passer à la franchise "ordinaire". e) S'il faut donc donner raison, sur le principe, à la recourante, il n'en demeure pas moins que la réglementation statutaire qu'elle invoque pour s'opposer à la demande de l'intimée n'est pas compatible avec les principes généraux de l'activité administrative, en particulier avec le principe de proportionnalité que les caisses-maladie reconnues - au même titre que les autres organismes indépendants de l'administration qui participent à l'application d'un régime de sécurité sociale - doivent respecter non seulement lorsqu'elles élaborent une réglementation fixant les droits et obligations de leurs assurés mais aussi lorsqu'elles en font application dans un cas d'espèce (ATF 113 V 32 s. consid. 4d; RAMA 1988

BGE 117 V 62 S. 69

no K 767 p. 195 consid. 3b; DTA 1987 p. 39 consid. 2d; DESPLAND, Le principe de la proportionnalité dans l'assurance-maladie. Quelques cas d'application, in Aspects de la sécurité sociale, 1987/3, pp. 15 ss). Selon la réglementation statutaire en cause, un assuré qui aurait choisi, lors de son entrée dans la caisse, la franchise annuelle la plus élevée, à savoir 1'000 francs (1'500 francs s'il s'agit d'un assuré dans une situation très aisée), n'aurait pu exercer son droit de réduire celle-ci au minimum de 100 francs qu'après une période d'assurance de neuf ans au moins (trois ans à 1'000 francs, trois ans à 500 francs, trois ans à 300 francs). Des délais aussi longs ne tiennent pas suffisamment compte des modifications qui peuvent se produire dans la situation des assurés et rendre difficile à supporter la charge d'une franchise élevée. En outre, ils entravent à l'excès la faculté de choix que le Conseil fédéral a voulu donner aux assurés qui sont affiliés à une caisse pratiquant le système de la franchise annuelle en lieu et place de la franchise par cas de maladie. Il n'appartient cependant pas au juge de décider de manière abstraite comment les caisses - auxquelles le législateur accorde, en principe, la liberté de s'organiser à leur gré (art. 1er al. 2 LAMA) - doivent fixer les conditions auxquelles un assuré peut requérir

la modification de la franchise, puisque c'est à elles qu'il incombe de le faire (art. 26ter al. 3, deuxième phrase, Ord. V). A cet égard, plusieurs solutions peuvent être envisagées. Celle que suggérait l'OFAS dans le modèle de disposition statutaire annexé à sa circulaire no 194 est imprécise car elle n'exclut pas le système choisi par la caisse recourante, à savoir l'écoulement d'un délai de trois ans dans chaque palier de la franchise annuelle avant le passage à une franchise plus basse. Certes, dans son préavis sur le recours, l'autorité de surveillance semble considérer que, lorsque l'affiliation à la caisse a duré trois ans au moins, l'assuré devrait être libre de choisir une franchise annuelle moins élevée, moyennant un préavis d'une année. Une telle solution s'accorderait mieux avec le principe de proportionnalité, à condition toutefois que l'assuré ait la possibilité d'opter pour n'importe laquelle des franchises prévues par l'Ord. V, y compris la franchise minimale, sans égard au montant de la franchise qui grève son assurance au moment où il présente sa demande. Quoi qu'il en soit, il convient de décider de cas en cas si les conditions fixées par une caisse pour qu'un assuré puisse requérir

la modification de la franchise annuelle sont compatibles avec les principes fondamentaux de l'assurance-maladie sociale.

4. En l'espèce, Nicole C. est affiliée à la FAMA depuis le 1er janvier 1988. A ce moment-là, le montant de la franchise annuelle était de 500 francs. Le 11 novembre 1988, la prénommée a demandé que la franchise fût réduite à 100 francs "dès novembre 1989". Dans sa réponse du 25 novembre suivant, la caisse s'est déclarée disposée à réduire le montant de la franchise à 300 francs à partir du 1er décembre 1989 puis, "après trois ans dans cette catégorie", à 100 francs. Ainsi, les deux parties ont tacitement admis que la durée de l'affiliation à la SUPRA devait être prise en compte lors du calcul du délai prévu à l'art. 5 ch. 1 des conditions spéciales d'assurance. Cela à juste titre, compte tenu des conditions dans lesquelles a eu lieu l'affiliation à la FAMA des assurés de la SUPRA qui bénéficiaient d'une assurance "pour patients privés", avec franchise annuelle (à cet égard, cf. ATF 116 V 231). Cette interprétation n'a pas été remise en cause par la caisse en procédure cantonale et elle ne l'est pas non plus dans son mémoire de recours.
Il en résulte que, lorsqu'elle a présenté sa demande, l'intimée était affiliée depuis plus de trois ans à la caisse. Or, ainsi qu'on l'a vu, pour respecter le principe de proportionnalité, cette condition aurait dû suffire pour lui permettre - moyennant un préavis d'un an - de réduire au minimum légal de 100 francs par an le montant de la franchise qui grève son assurance. Dès lors, bien que sa motivation ne puisse être confirmée, le jugement attaqué apparaît juste en son résultat et le recours se révèle mal fondé.

5. (Frais de justice)