Urteilskopf

120 V 44

7. Arrêt du 1er février 1994 dans la cause W. contre FAMA, Fondation pour l'assurance-maladie et accidents et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 5bis Abs. 5 und Art. 6bis Abs. 1 zweiter Satz KUVG, Art. 13a Abs. 3 und 3quater Vo II, Art. 6 Vo 5: Mindesttarif der Krankenpflege-Kollektivversicherung.

Die anerkannten Kassen sind berechtigt, nicht bloss verpflichtet, die Beiträge in der Kollektivversicherung unter Berücksichtigung der besonderen Risiken festzusetzen.

Nach der Gesetzgebung liegt Solidarität nur vor im Rahmen der Risikogemeinschaft, bestehend aus der Gesamtheit der gleichartigen Kollektivversicherungen innerhalb der gleichen Kasse.

Es ist im Rahmen der gegenwärtigen gesetzlichen Regelung, insbesondere des Art. 6bis KUVG, nicht zulässig, auf dem Wege eines Mindesttarifs der Beiträge in der Kollektivversicherung eine Solidarität unter der Gesamtheit der Kollektiv- und Einzelversicherten des gleichen Kantons durchzusetzen.

Regeste (fr):
Art. 5bis al. 5 et art. 6bis al. 1 seconde phrase LAMA, art. 13a al. 3 et 3quater Ord. II, art. 6 ord. dép. 5: tarif minimal de l'assurance collective des frais de soins médico-pharmaceutiques.

Les caisses reconnues ont le droit, et non seulement l'obligation, de fixer les cotisations dans l'assurance collective compte tenu des risques particuliers.

Selon le système légal, il ne peut exister de solidarité qu'au sein de la communauté de risques constituée par l'ensemble des assurances collectives du même genre à l'intérieur d'une même caisse.

Il n'est pas possible, dans le cadre de la loi actuelle et de l'art. 6bis LAMA en particulier, d'imposer par le biais d'un tarif minimal des cotisations dans l'assurance collective une solidarité entre l'ensemble des assurés collectifs et individuels d'un même canton.

Regesto (it):
Art. 5bis cpv. 5 e art. 6bis cpv. 1 seconda frase LAMI, art. 13a cpv. 3 e 3quater Ord. II, art. 6 ODFI 5: tariffa minima dell'assicurazione collettiva delle spese di cura.

Le casse riconosciute hanno il diritto, e non soltanto l'obbligo, di fissare i contributi dell'assicurazione collettiva tenendo conto dei rischi particolari.

Secondo la legislazione sussiste solidarietà soltanto nell'ambito della comunità dei rischi costituita dall'insieme delle assicurazioni collettive dello stesso tipo all'interno di una stessa cassa.

La legislazione attuale, in particolare l'art. 6bis LAMI, non consente d'imporre tramite una tariffa minima dei contributi nell'assicurazione collettiva una solidarietà fra tutti gli assicurati, quelli membri di un'assicurazione collettiva e quelli assicurati individualmente, di uno stesso cantone.

Sachverhalt ab Seite 45

BGE 120 V 44 S. 45

A.- Denis W., né en 1962, étudiant puis doctorant en droit de l'Université de Lausanne, est soumis à l'assurance-maladie et accidents obligatoire des étudiants du canton de Vaud. Membre depuis le mois d'octobre 1984 de la Société vaudoise et romande de secours mutuels (SVRSM), devenue entre-temps la SUPRA, il est affilié actuellement à la caisse-maladie et accidents FAMA par le biais d'un contrat d'assurance collective dont la version en vigueur depuis le 1er janvier 1992 a été conclue le 6 décembre 1991 entre d'une part FAMA, et d'autre part l'Université de Lausanne (UNIL) et l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), au bénéfice des étudiants de ces deux établissements, eux-mêmes divisés en deux groupes d'âge: les étudiants jusqu'à 24 ans et les étudiants dès 25 ans. Au mois de février 1992, la caisse informa ses assurés des groupements collectifs de l'EPFL et de l'UNIL que "les nouvelles réglementations fédérales en matière d'assurance collective" la contraignaient à modifier, de manière sensible pour certains assurés, les cotisations dues à partir du 1er janvier 1992. Alors que, jusque-là, une prime "unique" (recte: uniforme) était perçue, les nouvelles primes seraient dorénavant ventilées par catégories d'âge et par zones cantonales. Il y aurait désormais trois groupes d'âge: 16-20 ans, 21-25 ans et plus de 26 ans. Par ailleurs, c'est le domicile des parents de l'assuré qui serait pris en considération. Enfin, la caisse annonçait que la franchise annuelle serait augmentée de 100 à 150 francs, mais que la participation de 10% des assurés mineurs restait inchangée. Aux termes d'une communication adressée le 19 mars 1992 à Denis W. par la caisse, la prime mensuelle de l'assurance "Standard Plus", pour l'année 1992, s'élevait dans son cas à 115 francs (assurés de 26 ans et plus, domiciliés dans les cantons du Valais, de Fribourg ou du Jura). Par la même occasion, FAMA avisait ses assurés

BGE 120 V 44 S. 46

collectifs que la majoration sensible de leurs cotisations était dictée par les nouvelles ordonnances fédérales obligeant les caisses-maladie à pratiquer dans l'assurance collective un tarif minimum déterminé pour chaque canton par l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), et que cette manière de faire était incontournable et à elle seule responsable de la forte hausse de leurs cotisations. Elle les informait également de la possibilité de diminuer le montant de leurs primes, moyennant conclusion d'une assurance avec une franchise plus élevée. Ayant constaté, selon ses dires, que ce nouveau tarif de l'assurance collective avait pour effet, en ce qui le concernait, de tripler le montant de ses cotisations, Denis W. a, en vain, invité la caisse à lui notifier une décision formelle.

B.- Denis W. a saisi le Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant à ce que ses "cotisations d'assurance collective soient calculées à nouveau en fonction des risques couverts par cette assurance, abstraction faite de toute solidarité avec l'assurance individuelle, les cotisations déjà payées en trop devant (lui) être remboursées". Par jugement du 26 novembre 1992, le président de la juridiction cantonale a rejeté le recours. Il a considéré, en bref, que l'instauration d'un tarif minimal dans l'assurance collective était conforme à la loi, ainsi que le Conseil fédéral lui-même en avait décidé, dans le cadre d'un recours formé par une caisse-maladie sur le même objet: que l'autorité exécutive avait le pouvoir d'imposer un tarif minimal à tous les assurés collectifs; que la règle légale selon laquelle, dans l'assurance collective, les cotisations devaient être fixées compte tenu des risques particuliers, n'était nullement exclusive; que le Conseil fédéral était habilité à poser d'autres règles, admissibles tant qu'elles étaient propres à réaliser le but visé par la loi; qu'imposer un tarif minimal calculé en fonction de la moyenne pondérée des cotisations de l'assurance individuelle, mais réduit d'un certain pourcentage, ne paraissait pas contraire au but poursuivi par la loi qui était notamment d'assurer la sécurité financière des caisses; que ce critère était parfaitement admissible, et que le juge n'avait pas à substituer ses

propres critères à ceux choisis par l'autorité exécutive.

C.- Denis W. interjette recours de droit administratif contre ce jugement. Il conclut à l'annulation du jugement attaqué et, pour autant que de besoin, "de la décision non formelle de la caisse intimée", cette dernière devant au surplus être "invitée à fixer à nouveau les cotisations litigieuses en fonction des risques connus de l'assurance collective en

cause". D'après lui, en appliquant le barème des cotisations minimales de l'assurance collective qui figure en annexe de l'ord. dép. 5 sur l'assurance-maladie, la caisse n'a pas respecté l'art. 6bis al. 1, seconde phrase LAMA qui prescrit aux caisses-maladie reconnues de fixer les cotisations, dans l'assurance collective, compte tenu des risques particuliers. Or, soutient-il, en l'occurrence les risques sont connus et même bien connus. Aussi bien, l'augmentation considérable des cotisations ne provient-elle pas d'une aggravation de ces risques, se traduisant par un accroissement des dépenses à la charge de la caisse, mais uniquement du fait que le Conseil fédéral et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) obligent, sans droit, la caisse à appliquer dans l'assurance collective un barème de cotisations minimales, afin de renforcer la solidarité entre assurés individuels et assurés collectifs, ce qui serait, selon le recourant, contraire au système légal en vigueur. FAMA ne prend pas formellement position sur les conclusions du recours mais déclare partager, sur le fond, les doutes exprimés par Denis W. Pour sa part, l'OFAS est de l'avis que cette affaire ne soulève pas de questions qui appellent une prise de position de sa part.

D.- Le juge délégué à l'instruction de la cause a communiqué aux parties un avis de droit du professeur R. de l'Université de Saint-Gall, ainsi qu'un préavis circonstancié de l'OFAS, tous deux produits dans une cause parallèle, en leur donnant la possibilité de se déterminer. Dans ses déterminations, Denis W. maintient que les cotisations que lui réclame la caisse n'ont aucune justification au regard des risques couverts et il dénie au Conseil fédéral la compétence d'introduire par ce biais une solidarité dont, déclare-t-il, le Tribunal fédéral des assurances a déjà jugé qu'elle n'existait pas en l'état actuel de la loi. De son côté, la caisse est d'avis que le Conseil fédéral, en édictant les dispositions réglementaires sur lesquelles se fonde le nouveau tarif de l'assurance collective en cause dans la présente affaire, a outrepassé ses compétences et violé la loi.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. a) Selon l'art. 129 al. 1 let. b OJ, le recours de droit administratif n'est pas recevable contre des décisions concernant des tarifs. La réglementation des caisses-maladie relative aux cotisations de leurs assurés répond à la définition de tarif au sens de cette disposition (ATF 112 V 293 consid. 1). Toutefois, selon la jurisprudence, le recours de

droit administratif n'est irrecevable que contre des décisions qui ont pour objet l'établissement ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsqu'il vise directement des clauses tarifaires particulières en tant que telles. En revanche, la voie du recours de droit administratif est ouverte contre des décisions qui sont prises en application d'un tarif dans une situation concrète. Il n'en demeure pas moins que, même dans cette éventualité, le Tribunal fédéral des assurances n'a pas le pouvoir de se prononcer sur tous les postes du tarif en question, y compris la relation qui existe entre ceux-ci; il doit bien plutôt se borner à contrôler la légalité du poste tarifaire incriminé, appliqué dans un cas précis (ATF 116 V 133 consid. 2a et les références). b) Le recourant a contesté la légalité du nouveau tarif 1992 de l'assurance collective UNIL/EPFL édicté par l'intimée, parce que sa propre cotisation mensuelle de l'assurance "Standard Plus" s'élevait dorénavant à 115 francs depuis le 1er janvier 1992. Telle est l'origine de la contestation. Formellement, le recourant s'en prend à l'application d'un tarif dans un cas concret. En réalité, c'est moins l'application proprement dite du tarif qu'il critique que l'illégalité prétendue des dispositions promulguées par le DFI, sur délégation du Conseil fédéral, en matière de cotisations minimales dans l'assurance collective des soins médicaux et pharmaceutiques et sur lesquelles repose le tarif litigieux. La contestation n'a donc pas pour objet une décision concernant un tarif au sens de l'art. 129 al. 1 let. b OJ, mais la cotisation mensuelle de l'assurance "Standard Plus" réclamée au recourant et qui a été augmentée à 115 francs par l'intimée à partir du 1er janvier 1992. C'est là un cas concret d'application d'un tarif, ouvrant selon une jurisprudence constante la voie du recours de droit administratif. Par ailleurs, le recourant a un intérêt juridiquement protégé à l'annulation du jugement attaqué. Le recours de droit administratif est recevable.

2. 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).

3. a) Le Tribunal fédéral des assurances examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. En particulier, il exerce son contrôle sur les ordonnances (dépendantes) qui reposent sur une délégation législative. Lorsque celle-ci est relativement imprécise et que, par la force des choses, elle donne au Conseil fédéral un large pouvoir d'appréciation, le tribunal doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède à cette occasion, le Tribunal fédéral des assurances ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause. Il lui incombe cependant de contrôler si le but fixé dans la loi peut être atteint et si, à cet égard, le Conseil fédéral a usé de son pouvoir conformément au principe de proportionnalité. Le contenu de l'ordonnance ne peut être examiné que dans la mesure où il n'est pas couvert par la norme de délégation. Si la loi n'autorise pas l'auteur de l'ordonnance à s'écarter de la Constitution, la Cour de céans peut se prononcer sur la constitutionnalité de l'ordonnance (ATF 118 Ib 372 consid. 4, ATF 117 V 180 consid. 3a et les arrêts cités).
b) Aux termes de l'art. 6 ord. 5 du DFI sur l'assurance-maladie (ord. dép. 5), dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 1992 (RO 1991 II 1110): "1 Les cotisations minimales échelonnées en divers groupes de risques suivant les différences de frais dues aux conditions locales sont fixées dans un appendice et font partie intégrante de la présente ordonnance. 2 Si les assurés se trouvent dans des régions appartenant à différents groupes de risques, les cotisations doivent être échelonnées d'après les groupes de risques déterminants quant au domicile de ces assurés. Les contrats peuvent prévoir que les assurés seront attribués au groupe de risques déterminant quant à la situation géographique soit de l'exploitation ou de la succursale dans lesquelles ils sont occupés, soit de l'établissement ou du home dans lesquels ils séjournent." Auparavant, cette disposition de

l'ordonnance prévoyait que les cotisations minimales de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques devaient être échelonnées en divers groupes de risques suivant les différences de frais dues aux conditions locales, l'attribution des diverses régions (villes, régions, cantons) aux groupes de risques étant faite par l'OFAS qui en informait les caisses et qui devait l'adapter périodiquement à l'évolution des frais (al. 1). Si les assurés se trouvaient dans des

BGE 120 V 44 S. 50

régions appartenant à différents groupes de risques, la caisse pouvait fixer une cotisation "unique" (recte: uniforme), en se fondant sur la moyenne pondérée des différentes cotisations relatives aux groupes de risques entrant en ligne de compte (al. 2). c) aa) L'ord. dép. 5, intitulée ord. 5 du DFI sur l'assurance-maladie fixant les cotisations minimales de l'assurance collective, du 12 novembre 1965, reposait à l'origine sur l'art. 23 al. 2 Ord. V sur l'assurance-maladie, ainsi formulé: "Le Département fédéral de l'intérieur fixe un tarif minimum, pour l'assurance collective. Ce tarif est applicable lorsque, au moment de la conclusion du contrat, on ne dispose pas de données expérimentales suffisantes dont on puisse tenir compte pour calculer la cotisation relative à l'assurance collective en question." bb) Dès l'introduction de l'art. 13a Ord. II sur l'assurance-maladie (modification du 26 novembre 1984, en vigueur depuis le 1er janvier 1985), le DFI a modifié l'ord. dép. 5, qu'il a édictée dorénavant en vertu de l'art. 13a Ord. II sur l'assurance-maladie, dont l'al. 3quater, en vigueur depuis le 1er janvier 1992, a connu deux versions successives. Selon la première, du 3 décembre 1990 et abrogée avant la date fixée pour son entrée en vigueur (RO 1991 I 607): "Le Département fédéral de l'intérieur établit le tarif minimal. Celui-ci doit être adapté périodiquement à l'évolution des coûts, après que les caisses aient été entendues." Selon la seconde version, du 13 novembre 1991 (RO 1991 III 2546): "Le Département fédéral de l'intérieur établit le tarif minimal. Celui-ci doit être adapté périodiquement à l'évolution des coûts, après consultation des caisses. En règle générale, le tarif minimal de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques correspond, dans chaque canton, à la moyenne pondérée des cotisations de l'ensemble des caisses fixées pour les membres de l'assurance individuelle des soins médicaux et pharmaceutiques classés dans le premier groupe d'âge de la catégorie des adultes, réduite de 25 pour cent au plus; ce tarif minimal peut cependant être fixé à un niveau inférieur lorsque, dans un canton déterminé, plusieurs caisses ont prévu pour les assurés précités une cotisation d'un montant nettement inférieur à celui qui correspond à la moyenne réduite de 25 pour cent." d) L'Ord. II sur l'assurance-maladie est fondée sur l'art. 5bis al. 5 LAMA qui charge le Conseil fédéral d'édicter "les dispositions de détail" (en allemand: "die näheren Vorschriften"; en italien: "i particolari") sur l'assurance collective. A cet égard, ainsi que cela ressort des travaux préparatoires relatifs à la novelle du 13 mars 1964,

BGE 120 V 44 S. 51

il s'agissait avant tout "de dispositions sur le rapport entre les prestations de l'assurance collective et celles de l'assurance individuelle, les délais pour le passage dans l'assurance individuelle, le calcul des cotisations, l'effet du retard dans le paiement des cotisations, d'éventuelles indemnités pour frais d'administration prévues en faveur des preneurs d'assurance, ainsi que sur les délais de résiliation des contrats" (message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale, du 5 juin 1961, à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, FF 1961 I 1493).
Selon la jurisprudence, la loi donne au Conseil fédéral une liberté d'appréciation très étendue puisqu'elle ne contient aucune indication sur la manière dont celui-ci doit user de la délégation de compétence qui lui est conférée par l'art. 5bis al. 5 LAMA (ATF 113 V 38 consid. 3b). Néanmoins, le gouvernement ne saurait, sans autorisation expresse du législateur, déroger à la loi et même si, en pareil cas, le Tribunal fédéral des assurances

doit veiller à ne pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité exécutive, la légalité des dispositions de l'ordonnance ne pourra être admise que si ces normes reposent sur une interprétation convaincante du texte légal (ATF 116 V 193 consid. 3 et les arrêts cités; voir aussi ATF 113 V 130 consid. 2b). e) Jusqu'au 31 décembre 1991, l'art. 13a al. 3 Ord. II sur l'assurance-maladie avait la teneur suivante: "La caisse doit fixer les cotisations dans chaque contrat en tenant compte des chiffres empiriques afférents aux groupes de personnes concernés, chiffres qui doivent porter au moins sur les trois années précédentes. Si la caisse ne dispose pas de ces chiffres lors de la conclusion du contrat, elle doit fixer les cotisations selon le tarif minimal. Le Département fédéral de l'intérieur établit le tarif minimal; il entend au préalable les caisses." Dans une décision du 20 novembre 1991, le Conseil fédéral s'est prononcé sur l'étendue de la délégation de compétence législative en matière de fixation d'un tarif minimal des cotisations dans l'assurance-maladie collective des frais de soins médico-pharmaceutiques, à l'occasion d'un recours formé par une caisse-maladie contre une décision de l'OFAS du 6 février 1989 relative à un nouvel échelonnement des cotisations selon les régions (JAAC 56 [1992]no 46, p. 365, partiellement reproduit in RAMA 1992 no K 888, p. 47; cf. aussi ATF 116 V 130). aa) Selon cette décision, l'art. 13a al. 3 Ord. II (dans sa teneur reproduite ci-dessus) n'avait pas le caractère d'une simple disposition

d'exécution et sa portée équivalait à celle d'une norme primaire de rang législatif, telle que l'art. 6bis al. 1, seconde phrase LAMA qui dispose que dans l'assurance collective, les cotisations doivent être fixées compte tenu des risques particuliers. En conséquence, il convenait d'examiner si l'art. 5bis al. 5 LAMA contient une délégation de compétence suffisamment concrète et précise pour permettre au Conseil fédéral d'imposer aux caisses-maladie un tarif minimal des cotisations de l'assurance collective des frais de soins médico-pharmaceutiques. Au terme de son analyse, le gouvernement est parvenu à la conclusion que tel était le cas (loc.cit., consid. 2a à 2d/aa). Il constatait ensuite que d'autres dispositions de la LAMA, en particulier les art. 1 al. 2, 5bis al. 2 et 6bis al. 3, ne faisaient pas non plus obstacle à la fixation, par l'autorité exécutive, d'un tarif minimal des cotisations dans l'assurance collective pratiquée par les caisses-maladie reconnues (ibid., consid. 2d/bb à 2d/ee). Enfin, toujours selon l'opinion du Conseil fédéral, les caisses ne peuvent pas se prévaloir de la liberté du commerce et de l'industrie pour s'opposer à la fixation d'un tel tarif obligatoire (consid. 2e). Plus loin, le gouvernement répond à un autre argument de la caisse recourante, en démontrant qu'il est en droit de déléguer au DFI la compétence d'édicter ledit tarif minimal, ce qui fait l'objet de l'ord. dép. 5 (consid. 3). Il s'est encore prononcé, également pour les rejeter, sur les griefs d'inégalité de traitement et d'arbitraire élevés par la recourante à l'encontre de la décision attaquée (consid. 4). bb) La décision précitée du gouvernement, statuant sur recours dans un cas d'espèce, ne lie pas le Tribunal fédéral des assurances, autorité juridictionnelle de même rang que le Conseil fédéral. Au surplus, elle se fonde sur une version de l'art. 13a al. 3 Ord. II antérieure à sa modification du 3 décembre 1990 et à la modification simultanée par le DFI de l'ord. dép. 5, en particulier de ses art. 6 et 7. En effet, depuis le 1er janvier 1992 (RO 1991 I 606), l'art. 13a al. 3 Ord. II a la teneur suivante: "La caisse doit fixer les cotisations dans chaque contrat en tenant compte des chiffres empiriques afférents aux groupes de personnes concernés, chiffres qui doivent porter sur les trois années précédentes: dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, elle doit respecter au moins le tarif minimal selon l'alinéa 3quater. Les contrats peuvent prévoir que la caisse modifiera unilatéralement le montant des cotisations si le risque du contrat l'exige." La question soumise à la Cour de céans doit dès lors être tranchée sans égard à la décision précitée du Conseil fédéral.

4. Parmi les conditions auxquelles la loi subordonne la reconnaissance du droit des caisses-maladie aux subsi-

des fédéraux (art. 1 al. 2 LAMA), figure l'obligation de ces dernières d'offrir toute sécurité quant à l'exécution de leurs engagements (art. 3 al. 4 LAMA). A cette fin, la loi leur prescrit, en particulier, de fixer les cotisations séparément pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et pour l'assurance d'une indemnité journalière, et cela de façon que chacun de ces genres d'assurance se suffise à lui-même et que les réserves nécessaires puissent être constituées (art. 6bis, al. 1, première phrase LAMA; cf. RAMA 1993 no K 915, consid. 2 p. 89). En outre, dans l'assurance collective, les cotisations doivent être fixées "compte tenu des risques particuliers" (art. 6bis al. 1, seconde phrase LAMA; en allemand: "unter Berücksichtigung der besonderen Risiken"; en italien: "la determinazione delle quote deve considerare i rischi particolari"). Or, la norme de délégation contenue à l'art. 5bis al. 5 LAMA ne saurait être considérée isolément. Elle doit, bien au contraire, être mise en relation avec l'art. 6bis d'une part et avec l'art. 33 al. 1 LAMA d'autre part. En effet, c'est uniquement parce que le législateur avait la volonté de garantir la sécurité financière des caisses-maladie, que le Conseil fédéral a reçu, lors de la codification de l'assurance collective dans la loi, la compétence d'imposer aux caisses reconnues un tarif minimal des cotisations de l'assurance collective. A cet égard, des raisons historiques expliquent l'existence d'un tarif minimal et la compétence de l'autorité exécutive d'en imposer l'application dans certains cas. Cela ressort du message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi modifiant le titre premier de la LAMA, du 5 juin 1961, en particulier du passage suivant: "b. L'énorme développement pris par l'assurance collective au cours de ces dernières années a entraîné, vu les circonstances particulières, la formation d'une pratique spéciale pour la fixation des cotisations dans cette assurance. Dans l'intérêt de leur sécurité financière, les caisses doivent, lors de la conclusion de contrats collectifs, ne pas prévoir des cotisations inférieures aux taux minimaux fixés par l'autorité de surveillance. Pour la même raison, les cotisations prévues dans les contrats en cours doivent être contrôlées sans cesse et adaptées, le cas échéant, aux risques spéciaux. Cette réglementation a donné satisfaction dans la pratique et sera prévue dans la loi" (FF 1961 I 1460). En d'autres termes, la fixation de tarifs minimaux par l'autorité de surveillance est antérieure à la codification dans la LAMA du droit des caisses-maladie reconnues de pratiquer l'assurance collective. Cette

pratique trouve aujourd'hui encore sa seule justification dans l'obligation faite aux caisses par la loi d'assurer leur sécurité financière (ATF 116 V 350 consid. 5a et l'arrêt cité). C'est uniquement à cela que doit servir le tarif minimal. On a voulu, en particulier, éviter qu'en fixant des primes trop basses dans l'assurance collective, les caisses ne provoquent des déficits qui devraient être couverts par l'assurance individuelle (MAURER, Bundessozialversicherungsrecht, p. 273). En revanche, la loi - et en particulier l'art. 5bis al. 5 LAMA - n'autorise pas le Conseil fédéral à fixer le tarif minimal des cotisations dans l'assurance collective des frais de soins médico-pharmaceutiques dans le but d'établir une solidarité entre les bénéficiaires d'un contrat d'assurance collective et les assurés individuels. Un tel but est étranger à la réglementation légale en matière d'assurance collective instaurée par la novelle du 13 mars 1964 (ATF 115 V 386 consid. 4b et 5a; DUC, in Comm. de la Cst. féd., art. 34bis, nos 26, 49 et 56). Seul le législateur peut modifier cet état de choses, notamment en supprimant la règle de l'art. 6bis al. 1, seconde phrase LAMA (DUC, La solidarité dans l'assurance-maladie aujourd'hui. Et demain?, in IRAL, Colloque de Lausanne 1990, p. 86; voir aussi la décision précitée du Conseil fédéral, du 20 novembre 1991, in JAAC 56 [1992]no 46, consid. 2d/ee p. 372).

5. Le Conseil fédéral a modifié à trois reprises l'art. 13a Ord. II sur l'assurance-maladie: une première fois le 16 octobre 1990 (al. 3bis: RO 1990 II 1674), une deuxième fois le 3 décembre 1990 (al. 3, 3bis, 3ter et 3quater: RO 1991 I 606) et une troisième fois le 13 novembre 1991 (RO 1991 III 2546). Or, c'est précisément dans le but de "lutter contre le manque de solidarité" dans le domaine de l'assurance collective que ces dispositions, notamment, ont été modifiées (rapport du Conseil fédéral sur sa gestion en 1990, p. 147). a) Cela a entraîné du même coup, à partir du 1er janvier 1992, une refonte complète du système de calcul des cotisations minimales de l'assurance collective des frais de soins médico-pharmaceutiques: aa) En premier lieu, les caisses ont désormais l'obligation de respecter dans tous les cas le tarif minimal (art. 13a al. 3 Ord. II, dans sa teneur

en vigueur depuis le 1er janvier 1992), alors que jusque-là celui-ci ne s'appliquait qu'à titre supplétif (ancien art. 23 al. 2 Ord. V; art. 13a al. 3 Ord. II, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1991). En second lieu, il s'est agi de supprimer la possibilité de fixer une prime "unique" (recte: uniforme) fondée sur la

BGE 120 V 44 S. 55

moyenne pondérée des différentes cotisations relatives aux groupes de risques entrant en ligne de compte dans l'assurance collective, comme le permettait jusqu'au 31 décembre 1991 l'art. 6 al. 2 ord. dép. 5, et d'instaurer en revanche, pour chaque canton, une relation mathématique entre le tarif minimal de l'assurance collective des soins médico-pharmaceutiques et la moyenne pondérée des cotisations de l'ensemble des caisses fixées pour les membres de l'assurance individuelle desdits soins. En effet, selon cette nouvelle réglementation, la cotisation minimale de l'assurance collective peut être réduite de 25% au plus par rapport à celle du premier groupe d'âge de la catégorie des adultes dans l'assurance individuelle, à moins que, dans un canton déterminé, plusieurs caisses aient prévu pour les assurés précités une cotisation d'un montant nettement inférieur à celui qui correspond à la moyenne réduite de 25%, auquel cas le tarif minimal peut être fixé à un niveau inférieur (art. 13a al. 3quater Ord. II); bb) Ces modifications de l'Ord. II et de l'ord. dép. 5 ont eu pour conséquence d'augmenter parfois de manière sensible le montant des cotisations minimales de l'assurance collective et donc de diminuer l'écart existant entre celles-ci et les cotisations de l'assurance individuelle, ce qui était exactement le but visé par l'autorité politique (préavis de l'OFAS dans l'affaire parallèle précitée). b) Dans son avis de droit, le professeur R. exprime l'opinion que l'art. 13a Ord. II reste encore dans le cadre (très large) de la délégation de compétence de l'art. 5bis al. 5 LAMA. Cette opinion ne saurait toutefois être suivie. En effet, si l'on se réfère aux travaux préparatoires des art. 5bis et 6bis LAMA (FF 1961 I 1493), on constate que le Conseil fédéral n'a jamais reçu du législateur la compétence de restreindre à ce point, pour des motifs de solidarité entre assurés individuels et collectifs et non de sécurité financière des caisses, le droit (et non seulement l'obligation) de ces dernières de fixer les cotisations dans l'assurance collective compte tenu des risques particuliers, lorsque ceux-ci sont connus et peuvent être calculés de manière suffisamment précise. Car, en l'état actuel de la loi, cela revient à vider de son contenu l'art. 6bis al. 1 seconde phrase LAMA, en créant une solidarité forcée entre des communautés de risques distinctes, c'est-à-dire sans égard aux "risques particuliers" dont parle la loi. A cet égard, la Cour de céans, dans l'arrêt N. du 17 décembre 1990, a exposé que c'est principalement, si ce n'est uniquement en fonction des principes de la mutualité (art. 3 al. 3 LAMA), qui comprennent notamment le

BGE 120 V 44 S. 56

principe de l'équivalence, d'après lequel à des prestations égales doivent correspondre des cotisations égales (art. 16 Ord. V), que doivent être fixées les cotisations dans les assurances collectives des frais de soins médico-pharmaceutiques (ATF 116 V 351 consid. 5b). Et si cet arrêt laisse entendre que "les exigences tirées de l'idée de solidarité" peuvent tendre à restreindre la portée du principe de l'équivalence, cela ne peut se comprendre - et se justifier dans le système légal actuel - que par rapport à une même communauté de risques, à savoir celle de l'ensemble des assurances collectives du même genre gérées par une caisse-maladie, mais non par rapport à l'ensemble des assurés individuels et collectifs d'un canton déterminé, comme l'impose l'art. 13a al. 3quater Ord. II. S'il est vrai qu'en règle ordinaire la communauté de risques représentée par un seul contrat d'assurance collective est trop petite par rapport à celle que forment les assurés individuels, ainsi que le relève l'OFAS dans la cause parallèle susmentionnée, il n'en demeure pas moins que, selon le système légal, une solidarité ne peut exister qu'au sein de la communauté de risques constituée par toutes les assurances collectives du même genre (par ex. pour les soins médico-pharmaceutiques) à l'intérieur d'une même caisse. En

revanche, il est manifestement impossible, dans le cadre de la loi actuelle et de l'art. 6bis LAMA en particulier, d'aller plus loin et d'imposer par voie d'ordonnance du Conseil fédéral une solidarité à l'ensemble des assurés collectifs et individuels d'un même canton. Sans compter qu'il est fort difficile, pour les assurés collectifs, de déterminer objectivement le canton de référence de chaque assuré et que cela risque d'engendrer non seulement des difficultés d'application mais aussi de nouvelles inégalités (art. 6 ord. dép. 5). c) Les règles de l'art. 13a al. 3quater Ord. II et de l'art. 6 ord. dép. 5 ont pour résultat, en outre, d'empêcher les caisses de fixer les cotisations de l'assurance collective en fonction des risques particuliers définis selon les principes du calcul actuariel, comme le prévoit pourtant la loi. Car si la norme légale fixe une exigence minimale, dans le but d'assurer la sécurité financière des caisses, elle constitue aussi, dans un système de concurrence tel qu'il existe en matière d'assurances collectives (DUC, La solidarité dans l'assurance-maladie aujourd'hui. Et demain? p. 87), un droit des caisses de ne pas être contraintes de fixer des cotisations supérieures à ce qu'exige la couverture des risques particuliers, ceux-ci étant déterminés, dans chaque contrat, par les chiffres empiriques afférents aux groupes de

personnes concernés, chiffres qui doivent porter sur les trois années précédentes, conformément à l'art. 13a al. 3 in initio Ord. II. Or, on ne peut restreindre par voie d'ordonnance un droit accordé par la loi, lorsque ce n'est pas la loi elle-même qui prévoit cette limitation (ATF 119 Ib 86 consid. 2b). C'est dans cette mesure également que les preneurs d'assurance collective et les assurés ont un intérêt juridiquement protégé à s'opposer à ce que l'autorité de surveillance de l'assurance-maladie sociale leur impose de payer des cotisations supérieures à celles qu'exigerait la couverture des risques particuliers de chaque contrat, par le biais d'un tarif minimal établi en dehors de toute référence à ces risques particuliers. Le recours de Denis W. est bien fondé en son principe.

6. a) Le recourant demande au Tribunal fédéral des assurances d'annuler le jugement attaqué et de renvoyer la cause à la caisse intimée, en invitant cette dernière "à fixer à nouveau les cotisations litigieuses en fonction des risques connus de l'assurance collective en cause". b) La Cour de céans ne saurait toutefois contraindre l'intimée à procéder en ce sens. Bien plutôt faut-il l'inviter à soumettre à l'autorité de surveillance un nouveau tarif pour l'assurance collective des étudiants de l'UNIL et de l'EPFL qui soit conforme à l'art. 13a Ord. II, à l'exception de l'alinéa 3quater, dans la mesure où cette disposition réglementaire fixe pour le tarif minimal des critères inadéquats en regard de l'art. 6bis al. 1, seconde phrase LAMA. Il appartiendra en outre à la caisse de prévoir, d'entente avec l'autorité de surveillance, des mesures propres à garantir les droits des preneurs d'assurance, en l'occurrence l'UNIL et l'EPFL, auxquels un exemplaire du présent arrêt sera notifié, et ceux des bénéficiaires de l'assurance collective - parmi lesquels figure le recourant - durant la période transitoire nécessaire à l'élaboration et à l'approbation du nouveau tarif. Il n'y a pas lieu, en revanche, d'annuler la "décision" informelle par laquelle la caisse intimée a fixé le montant des cotisations réclamées au recourant pour l'année 1992. En effet, ces cotisations restent dues jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau tarif - ce qui garantit du même coup au recourant le maintien de sa couverture d'assurance - et elles seront comprises dans le décompte rectificatif auquel procédera nécessairement la caisse après cette date.

7. En principe, la procédure n'est pas gratuite (art. 134 OJ a contrario). Le recourant, qui obtient gain de cause sur le principe, n'aura pas à supporter les frais de justice (art. 156 al. 1 en corrélation

avec l'art. 135 OJ). Quant à l'intimée, elle s'est rangée du côté du recourant, de sorte que, selon la pratique

de la Cour de céans, les frais ne peuvent non plus être mis à sa charge. En conséquence, il ne sera pas perçu de frais de justice.