Urteilskopf

126 V 499

83. Arrêt du 20 décembre 2000 dans la cause C. contre La Caisse Vaudoise, Assurance maladie et accidents, et Tribunal administratif du canton de Neuchâtel
Regeste (de):
Art. 67 und 68 KVG: Umfang der Versicherungsdeckung. Ein Versicherter kann aus dem KVG keinen Anspruch auf eine Erhöhung seines Versicherungsschutzes nach Massgabe seines mutmasslichen Erwerbsausfalls ableiten.

Art. 67 ff. KVG: Auslegung der Versicherungsbedingungen für die freiwillige Taggeldversicherung. Auslegung der Übergangsbestimmung einer Kasse, wonach der Höchstbetrag der versicherbaren Entschädigung (von 10 Franken pro Tag) für Personen nicht gilt, die am 31. Dezember 1996 ein höheres Taggeld versichert hatten.

Regeste (fr):
Art. 67 et 68 LAMal: Montant de la couverture d'assurance. Un assuré ne saurait déduire de la LAMal un droit à une augmentation de sa couverture d'assurance en fonction de sa perte de gain présumée.

Art. 67 ss LAMal: Interprétation des conditions d'assurance pour l'assurance facultative d'indemnités journalières. Interprétation d'une disposition transitoire d'une caisse, selon laquelle la limite maximale de l'indemnité assurable (10 francs par jour) n'est pas applicable aux personnes qui étaient assurées au 31 décembre 1996 pour une indemnité journalière supérieure.

Regesto (it):
Art. 67 e art. 68 LAMal: Estensione della copertura assicurativa. Un assicurato non può dedurre dalla LAMal un diritto all'aumento della copertura assicurativa in funzione della perdita di guadagno presunta.

Art. 67 segg. LAMal: Interpretazione delle condizioni d'assicurazione per l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera. Interpretazione di una disposizione transitoria di una cassa, giusta la quale il limite massimo dell'indennità assicurabile (10 franchi al giorno) non è applicabile alle persone che erano al 31 dicembre 1996 assicurate per un'indennità giornaliera superiore.

Sachverhalt ab Seite 500

BGE 126 V 499 S. 500

A.- Dès le 1er février 1996, C. a été affilié à la Caisse Vaudoise, Assurance maladie et accidents, pour une indemnité journalière en cas de maladie de 135 francs. Le 10 juin 1998, C. a demandé à la caisse de réduire à 124 francs le montant de l'indemnité journalière, afin de l'adapter à son salaire de l'époque (3'700 francs par mois). Selon un nouveau contrat d'assurance, le montant de l'indemnité journalière fut finalement fixé, à compter du 1er juin 1998, à 121 francs dès le 31e jour d'incapacité de travail. Le 24 mai 1999, l'assuré a fait savoir à la caisse qu'il désirait augmenter à 172 fr. 50 le montant de l'indemnité journalière, avec effet au 1er juin 1999. Après un échange de correspondance entre les parties, la caisse a rendu une décision, le 12 novembre 1999, par laquelle elle a refusé d'augmenter le montant de l'indemnité assurée. Elle a fait valoir que ses conditions générales de l'assurance facultative d'indemnités journalières, entrées en vigueur le 1er janvier

1997, limitaient à 10 francs par jour au maximum le montant de l'indemnité assurée. En vertu d'une disposition transitoire, cette clause n'était cependant pas applicable aux assurés qui étaient au bénéfice d'une couverture supérieure à ce montant à la date du 31 décembre 1996. Pour ces affiliés, le dernier montant assuré était garanti (en l'occurrence 121 francs), sans possibilité d'augmentation. La caisse a par ailleurs indiqué qu'une augmentation de la couverture d'assurance serait possible, dans le cas particulier, par la conclusion d'une assurance complémentaire soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance. En l'espèce, elle refusait toutefois de conclure un tel contrat, car l'assuré était âgé de plus de 50 ans. L'assuré a formé une opposition, que la caisse a rejetée par une nouvelle décision, du 22 décembre 1999.

B.- Statuant le 27 mars 2000, le Tribunal administratif du canton de Neuchâtel a rejeté le recours formé contre cette dernière décision par l'assuré.

C.- C. interjette un recours de droit administratif dans lequel il demande au Tribunal fédéral des assurances, sous suite de dépens, d'annuler le jugement cantonal et de dire que sa couverture d'assurance facultative d'indemnités journalières doit être à nouveau augmentée, jusqu'à concurrence de 135 francs par jour (soit le montant assuré au 31 décembre 1996). La Caisse Vaudoise conclut au rejet du recours. Quant à l'Office fédéral des assurances sociales, il ne s'est pas déterminé à son sujet.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. (Pouvoir d'examen limité; cf. ATF 125 V 34 consid. 1b)

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

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

3. Il reste à se demander si la prétention du recourant peut se fonder sur les conditions d'assurance de la caisse intimée. a) Selon les conditions d'assurance de l'intimée qui ont été en vigueur dès le 1er janvier 1996, le candidat avait la possibilité de s'assurer pour une indemnité journalière de 2 francs à 300 francs.

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

lorsque, postérieurement à cette date, l'indemnité a été réduite en application de l'art. 7 ch. 3 des conditions d'assurance. En tout cas, toujours selon le recourant, l'art. 29 ch. 2 de ces conditions est une clause peu claire qui est sujette à interprétation. Conformément au principe de la confiance, une telle règle doit être interprétée au détriment de la partie qui l'a rédigée. Elle devrait être comprise dans un "sens social", autrement dit dans l'intérêt de l'assuré. Enfin, le recourant voit une inégalité de traitement dans le fait que seuls les assurés qui n'ont pas subi de diminution de salaire après le 1er janvier 1997 peuvent continuer à bénéficier pleinement de la garantie offerte par cette clause transitoire. b) A la différence de ce qui est prévu pour l'assurance obligatoire des soins (art. 102 al. 2 LAMal), la LAMal ne contient pas de norme

de droit transitoire en ce qui concerne l'adaptation des dispositions internes sur l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal (voir ATF 126 III 349 consid. 3, ATF 125 V 116 consid. 2e; RAYMOND SPIRA, Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire, in: RSA 63 [1995]p. 194 ss). Comme le relève avec raison l'intimée, les assureurs-maladie étaient donc en droit de poursuivre les rapports d'assurance existants tout en les soumettant au nouveau droit. Interprétée selon le principe de la confiance, autrement dit selon le sens que les parties pouvaient lui attribuer raisonnablement et de bonne foi (ATF 125 III 308 consid. 2b, 436 consid. 2a/aa, ATF 117 II 621 consid. 6c; cf. aussi ATF 106 V 33 consid. 4, ATF 104 V 18 consid. 4), la réglementation transitoire invoquée ne contient rien qui permettrait de conclure à l'existence, en faveur du recourant, d'une garantie d'obtenir, pour le futur et pendant toute la durée de l'affiliation, le rétablissement de la situation existant au 1er janvier 1997. Il s'agissait uniquement de permettre le maintien d'une couverture d'assurance de même étendue que la protection offerte avant l'entrée en vigueur de la LAMal, de manière analogue à la garantie de droit transitoire offerte par l'art. 102 al. 2 LAMal. Une garantie de ce genre n'apparaît pas comme étant acquise une fois pour toutes. Au contraire, en cas de réduction de l'étendue de sa couverture d'assurance, le preneur perd cette garantie dans la mesure correspondante. Le recourant se prévaut en vain de la règle d'interprétation "in dubio contra stipulatorem", qui découle du principe de la confiance. Cette règle vaut spécialement pour les clauses ambiguës, qui peuvent, en toute bonne foi, être comprises de différentes manières (ATF 118 II 344 consid. 1a; SVR 2000 BVG 6 p. 33 consid. 4c); il ne s'agit pas, au demeurant, de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré (MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e édition, Berne 1995, p. 160 ss). Dans le cas particulier, on peut pas comprendre de différentes façons la disposition transitoire en cause. L'argumentation du recourant repose bien plutôt sur une interprétation extensive qui ne ressort pas du texte cette disposition. Peu importe, en définitive, les raisons qui ont poussé le recourant à demander une réduction de sa couverture d'assurance. Il n'est pas décisif, en particulier, que le motif de cette réduction réside dans une baisse du salaire. Il n'y a pas d'inégalité de traitement entre assurés qui ont bénéficié de la disposition transitoire en question, puisque dans une situation semblable (réduction de la couverture d'assurance

ensuite d'une diminution du revenu), ces assurés n'ont pas la possibilité d'exiger de la caisse qu'elle rétablisse la couverture d'assurance antérieure, en cas d'augmentation ultérieure de revenu. Dans ces circonstances, la caisse était en droit de refuser d'augmenter le montant de l'indemnité litigieuse. Le recours de droit administratif est dès lors mal fondé.

4. (Frais judiciaires)