

# **BGer K\_65/1999 vom 17. Februar 2000**

Bundesgericht, 2000-02-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_K\\_65\\_1999](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_65_1999)

FR: TF K\_65/1999 du 17 février 2000

IT: TF K\_65/1999 del 17 febbraio 2000

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La réduction du montant de l'indemnité journalière à 2 fr. dès le 1er juin 1996 (date d'ouverture du droit de l'assuré à une rente de vieillesse) n'est pas en cause dans la présente procédure. Cette question a du reste été tranchée de manière définitive par le jugement du Tribunal administratif du canton de Genève du 27 mai 1997, qui n'a pas été attaqué et qui est donc entré en force.

### **E. 2**

Selon l' art. 102 al. 1 LAMal , si des caisses reconnues continuent de pratiquer, d'après le nouveau droit, des assurances de soins et d'indemnités journalières qu'elles avaient pratiquées selon l'ancien droit, le nouveau droit s'applique à ces assurances dès l'entrée en vigueur de la LAMal (soit le 1er janvier 1996), qui a remplacé la LAMA. Demeure cependant réservée la protection d'une situation acquise selon l'ancien droit en ce qui concerne la durée du versement d'indemnités journalières en cours lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, conformément à l' art. 103 al. 2 LAMal ( ATF 125 V 109 consid. 1). Cette éventualité n'est pas en discussion ici, puisque le litige concerne le calcul de la surindemnisation pour une période limitée au 31 mai 1996. En fait, dans la mesure où sont litigieuses des indemnités journalières pour des périodes qui chevauchent à la fois l'ancien et le nouveau droit, il convient, si nécessaire, d'appliquer respectivement pour chacune de ces périodes, les anciennes dispositions et les règles de la LAMal.

### **E. 3**

a) Aux termes de l' art. 26 al. 1 LAMA , l'assurance ne devait pas être une source de gain pour l'assuré. Constituait un gain d'assurance toute prestation dépassant le montant intégral de la perte de gain, des frais médico-pharmaceutiques et des autres frais entraînés par la maladie qui n'étaient pas couverts par ailleurs (art. 16 Ord. III). Pour déterminer s'il y avait surassurance, il fallait comparer l'ensemble des prestations dont bénéficiait l'assuré en raison de sa maladie avec l'ensemble du manque à gagner, des frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que des autres frais dus à l'atteinte à la santé qui n'étaient pas couverts par ailleurs ( ATF 115 V 124 consid. 1a et les références). Lorsque ceux-ci ne pouvaient être exactement prouvés, ils devaient néanmoins être pris en considération s'ils découlaient du mode de vie courant et se tenaient dans les limites usuelles ( ATF 110 V 320 consid. 3, 105 V 196).

Le Tribunal fédéral des assurances avait toutefois jugé, à propos de ces dispositions, qu'on ne pouvait interdire à une caisse de limiter le versement des prestations à ce qui était nécessaire pour couvrir des frais de traitement, respectivement une perte de salaire ou de gain, ni de définir de façon précise et exhaustive les frais ou le préjudice économique justifiant l'octroi des prestations convenues. Si la caisse faisait usage de cette possibilité, en

ce qui concerne par exemple le versement de l'indemnité journalière, le calcul de la surindemnisation devait s'effectuer en fonction de la perte de gain uniquement ( ATF 105 V 195 consid. 1; RJAM 1982 n° 475 p. 34 consid. 2; Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL, 1997, p. 506).

b) En l'espèce, le règlement de l'assurance "indemnité journalière" de la CSS prévoit, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 1993, que l'indemnité journalière ne sert qu'à compenser la perte de gain encourue par l'assuré (art. 4 ch. 1). A teneur de ce règlement, il n'y a donc pas de place pour l'établissement d'un compte global pour toutes les dépenses occasionnées par la maladie. Il est admis par l'intimée qu'avant le 1er janvier 1993, les dispositions réglementaires de la caisse ne contenaient aucune restriction de cette nature.

Dans le cas particulier, la caisse a procédé à un calcul de surindemnisation conformément à la réglementation valable depuis le 1er janvier 1993 en comparant la perte de gain subie par l'assuré avec les revenus de substitution à prendre en compte (soit les prestations de l'assurance-invalidité et de la Caisse fédérale d'assurance). Le recourant soutient toutefois que la disposition réglementaire susmentionnée n'est pas applicable en l'occurrence.

Normalement les indemnités journalières auraient dû être versées, au plus tôt, dès le 361e jour d'incapacité de travail, soit à partir du mois de juillet 1992. Si leur versement a été différé, cela est dû au fait que l'employeur a payé un salaire jusqu'au 31 décembre 1992. Par conséquent, du moment que le règlement en vigueur avant le 1er janvier 1993 ne limitait pas le versement de l'indemnité à ce qui était nécessaire pour couvrir la perte de salaire, il convient, toujours selon le recourant, d'établir un compte global de tous les frais imputables à la maladie, conformément à la jurisprudence précitée.

c) Selon la jurisprudence rendue à propos de l'art. 12bis LAMA, les caisses-maladie n'avaient pas un droit absolu de modifier, par une révision de leurs statuts, l'étendue des prestations qui dépassaient le minimum légal. Une réduction ou une suppression, au moyen d'une telle révision, d'indemnités journalières en cours et dont le montant était appréciable ne pouvait être imposée à l'assuré que s'il existait des motifs particuliers propres à justifier cette mesure ( ATF 113 V 301 ). Une indemnité journalière était réputée en cours lorsque le risque fondant le type de prestation s'était réalisé et qu'il existait un droit à celle-ci (RAMA 1993 n° K 920 p. 154 consid. 2b/aa).

En l'espèce, le risque assuré s'est réalisé le 8 juillet 1991 (début de l'incapacité de travail) et le droit à l'indemnité journalière a pris naissance à l'expiration du délai d'une année, soit le 9 juillet 1992. On doit donc admettre que l'indemnité journalière était en cours avant la modification statutaire en cause, même si elle n'était pas versée pour raison de surindemnisation, notamment parce que l'employeur a payé à l'assuré son salaire jusqu'au 31 décembre 1992. En effet, en cas de surindemnisation excluant le versement d'une prestation, le droit à celle-ci n'est pas inexistant ou supprimé, même temporairement, mais il est simplement différé (cf. ATF 120 V 61 consid. 2b; RSAS 1994 p. 236 consid. 5b).

Quant à la réduction des prestations qu'entraîne la modification statutaire, elle doit être qualifiée d'appréciable au sens de la jurisprudence : cette modification a changé la nature même de l'indemnité, en ce sens que celle-ci n'était plus destinée à couvrir, en cas de surindemnisation, l'ensemble des dépenses encourues du fait de la maladie, mais uniquement la perte de gain. Enfin, il n'existe pas de motifs particuliers qui seraient propres à justifier, en l'occurrence, une application immédiate (c'est-à-dire dès le 1er janvier 1993) de la disposition statutaire modifiée (voir à ce sujet RAMA 1993 n° K 920 p. 154 consid.

2c). Partant, la modification litigieuse du règlement n'est pas opposable au recourant pour le calcul de la surindemnisation.

Le Tribunal fédéral des assurances ne dispose pas des éléments de fait nécessaires pour procéder à un calcul de surindemnisation conformément aux dispositions statutaires en vigueur avant le 1er janvier 1993. Dans ces circonstances, il y a lieu de renvoyer la cause à la caisse intimée afin qu'elle rende une nouvelle décision. Il lui appartiendra, en particulier, de tenir compte de l'ensemble des frais, non couverts, occasionnés par la maladie, après avoir invité le recourant à lui fournir un décompte précis.

d) Ce nouveau calcul de surindemnisation ne vaut toutefois pas pour la période d'indemnisation postérieure au 31 décembre 1995. En effet, pour cette période, c'est la LAMal qui s'applique aux indemnités journalières versées à partir de cette date (cf. infra consid. 2). Or, l'assurance d'indemnités journalières au sens des art. 67 ss LAMal est une pure assurance perte de gain (RAMA 1998 n° KV 43 p. 421 consid. 2a); la surindemnisation doit être établie conformément au principe de l'identité des postes ( art. 122 OAMal ). Il n'y a donc surindemnisation que dans la mesure où les prestations d'assurances sociales dépassent la perte de gain présumée subie par l'assuré du fait du cas d'assurance ou la valeur des tâches qu'il ne peut pas accomplir ( art. 122 al. 2 let . c OAMal).

#### **E. 4**

Le recourant conteste vainement un autre point - au demeurant mineur - du calcul de surindemnisation de la caisse.

Selon la jurisprudence, lorsque l'épouse d'un assuré invalide aurait eu un droit propre à une rente de vieillesse ou d'invalidité, en l'absence d'une rente fondée sur l'incapacité de gain de son mari, la rente d'invalidité pour couple ne devait être englobée dans le calcul de la surassurance selon l' art. 26 LAMA que dans la mesure où elle dépassait le montant de la rente de vieillesse hypothétique de l'épouse ( ATF 115 V 127 consid. 3). Selon le recourant, il faut faire abstraction, dans le calcul de la surindemnisation, de la rente théorique de vieillesse de l'épouse à partir du 1er juin 1993 et non à partir du 1er mai 1993, comme l'auraient retenu à tort la caisse et les premiers juges.

Contrairement à ce qu'affirme le recourant, c'est bien à partir du 1er juin 1993 - et cela à juste titre - que la caisse a opéré la réduction en cause (même si le jugement attaqué mentionne erronément la date du 1er mai 1993). Le mari est au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité depuis le 1er juillet 1992. Dame Fontaine, qui est née le 13 mai 1931, a atteint l'âge de 62 ans révolus le 13 mai 1993. Aussi bien le droit à la rente pour couple a-t-il pris naissance le 1er mai 1993 (art. 33 aLAI et art. 29 al. 2 LAI ). Quant au droit à la rente de vieillesse en faveur de l'épouse, il aurait pris naissance le premier jour du mois suivant celui où a été atteint l'âge d'ouverture du droit (art. 21 al. 2 aLAVS), soit en l'occurrence le 1er juin 1993. C'est donc à partir de cette dernière date que la rente d'invalidité pour couple ne doit être englobée dans le calcul de la surindemnisation que pour la part excédant le montant de la rente théorique de l'épouse. Le grief s'avère dès lors mal fondé.

Au demeurant, le recourant n'aurait guère à se plaindre si la caisse avait opéré la déduction de la rente (théorique) de vieillesse à partir du 1er mai 1993. En effet, au mois de mai 1993, l'assuré a reçu une rente d'invalidité pour couple et une rente ordinaire double pour enfant pour un montant total de 3948 fr. Ces prestations doivent être prises en compte en totalité

dans le calcul de la surindemnisation, dans la mesure où c'est le mari qui en était le titulaire ( ATF 115 V 126 consid. 2b). En revanche, pour le mois de juin 1993, il faut déduire de la rente pour couple la rente théorique de l'AVS à laquelle pouvait prétendre l'épouse (1062 fr.), ainsi que la rente pour enfant correspondante (425 fr.), soit 1487 fr. au total. Le montant des rentes de l'assurance-invalidité à porter en compte dans le calcul de la surindemnisation se trouve ainsi réduit à 2461 fr. (au lieu de 3948 fr). Si la caisse avait opéré cette réduction dès le 1er mai 1993, il en serait résulté une perte de gain indemnisable à prendre en considération plus élevée à partir de cette date.

#### **E. 5**

En conclusion, pour les motifs exposés au considérant 3, le recours est, dans une large mesure, bien fondé.

S'agissant d'un litige qui concerne l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, la procédure est gratuite ( art. 134 OJ ). Par ailleurs, le recourant a droit à des dépens légèrement réduits ( art. 159 OJ ).

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