

GE_GERICHTE ATAS/266/2012 vom 13. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_266_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/266/2012 du 13 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/266/2012 del 13 marzo 2012

Regeste

Résumé: En matière d'assurance-invalidité, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Sont considérées comme une avance les prestations librement consenties que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance, ainsi que les prestations versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi. Pour que l'on puisse parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'AI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle. En l'espèce, une clause d'interdiction de surindemnisation, même si elle est prévue dans les conditions générales d'un contrat d'assurance soumis à la LCA, ne suffit pas à admettre que des prestations versées rétroactivement par l'assurance-invalidité puissent être directement restituées à l'assureur perte de gain qui a effectué des avances, en l'absence de consentement de l'assuré. Le fait que l'assureur ait informé la recourante que le versement des indemnités journalières était subsidiaire par rapport aux prestations de l'AI n'y change rien. De surcroît, la recourante ne commet pas un abus de droit en contestant la compensation même si l'assureur peut par la suite agir à son encontre pour répétition de l'indu.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si la compensation effectuée par l'OAI en faveur de la HELSANA, dans sa décision du 6 juillet 2011, est conforme au droit.

E. 5

a) L'art. 22 al. 1 LPGA prévoit que le droit aux prestations est incessible; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. Selon l'al. 2 de cet article, les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent en revanche être cédées: à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ; à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). L'art. 22 al. 2 let. a LPGA n'a pas apporté de modifications matérielles au système en vigueur jusque-là en matière de versement des prestations accordées rétroactivement en mains de l'autorité d'aide sociale ayant effectué des avances (ATF 132 V 113, consid. 3.3 et 3.4). b) En vertu de l'art. 85bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les

A/2151/2011 - 7/14 - assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Est cependant réservée la compensation prévue à l'art. 20 LAVS. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI (al. 1). Sont considérées comme une avance, les prestations librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (al. 2 let. a) et les prestations versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (al. 2 let. b). Enfin, les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (al. 3). Le Tribunal fédéral a relevé que, pour les prestations fournies en vertu d'une obligation légale, le consentement de la personne assurée au remboursement n'est pas nécessaire, celui-ci étant remplacé par l'exigence d'un droit au remboursement sans équivoque. Il a également précisé que la condition relative à une connaissance suffisante de l'arriéré de rente au moment du consentement écrit, et plus particulièrement l'exigence qu'une décision ait déjà été rendue par l'organe compétent, ne peuvent être maintenues qu'en ce sens que l'on doit pouvoir déterminer le contenu, le débiteur et le fondement juridique de la prestation dont la compensation est envisagée. Par ailleurs, l'obligation prévue par l'art. 85bis al. 1 3ème phrase RAI, pour les organismes ayant consenti une avance de faire valoir leurs droits au moyen d'une formule spéciale n'est qu'une prescription d'ordre (ATF 136 V 381 ; ATF 131 V 242, consid. 6). Pour que l'on puisse parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'AI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (ATF 133 V 14 consid. 8.3 p. 21 et les références). On rappellera aussi que l'art. 85bis RAI n'est pas simplement destiné à protéger les intérêts publics en général. Il vise certes à favoriser une bonne coordination des assurances sociales, notamment par la prévention d'une surindemnisation pour une période pendant laquelle l'assuré reçoit rétroactivement une rente. Mais il vise aussi à sauvegarder les intérêts de tiers

qui ont versé des avances à l'assuré en attendant qu'il soit statué sur ses droits (ATF 133 V 14, consid. 8.4 p. 21). Interprétant la volonté du législateur sur la base des travaux parlementaires, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que la réglementation des paiements en mains de tiers est limitée aux versements rétroactifs de prestations d'assureurs sociaux et que l'art. 85bis RAI constitue la norme réglementaire autorisant le paiement en mains de tiers du rétroactif des prestations de l'assurance-invalidité. Le paiement en mains de tiers ne suppose pas uniquement le bien fondé matériel de la créance en restitution et la

A/2151/2011 - 8/14 - réalisation des conditions qui permettent de revenir sur la décision mais il s'accompagne d'un changement de la qualité de débiteur et de créancier, élément indispensable pour rendre possible la compensation (VSI 2003 p. 265, I 31/00 du 5 octobre 2000 ; arrêt H. du 18 avril 2006, I 428/05). c) D'après les directives concernant les rentes dans l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale (DR), sont considérées comme prestations susceptibles d'être restituées directement au tiers ayant fait des avances celles intervenues contractuellement ou légalement et pour autant que le droit au remboursement puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi, en cas de paiement rétroactif de la rente. A cet égard, une clause de sur-assurance seule découlant d'un contrat ou de la loi ne suffit toutefois pas (no 10065 et 10067). Font partie des prestations contractuelles notamment celles qui sont versées sur la base des conditions générales d'une assurance collective pour des indemnités journalières (no 10068). L'accord écrit de l'assuré(e) est nécessaire dans tous les cas où la loi ou le contrat ne contient pas de disposition expresse stipulant un droit d'obtenir le remboursement des avances directement de l'AVS ou de l'AI (no 10069).

E. 5.2

p. 462/463). En l'espèce, au vu l'art. 85bis al. 2 let. b RAI ainsi que de la jurisprudence y relative, c'est à juste titre que la recourante a contesté la décision litigieuse, de sorte qu'on ne saurait y voir un abus de droit manifeste prohibé par l'art. 2 al. 2 CC. Par conséquent, eu égard aux CGA MC 97 de la «LA SUISSE» qui ne prévoient pas de droit direct au remboursement dont peut se prévaloir la HELSANA à l'égard de l'assurance-invalidité, la Caisse n'était pas en droit de verser le montant de 9'641 fr. 30 à la HELSANA. Nul n'est dès besoin d'examiner les arguments avancés par la recourante dans ses écritures du 17 janvier 2012.

E. 6

En l'espèce, il résulte de la police d'assurance no 877.891 datée du 24 janvier 2000 produite par la HELSANA que l'employeur de la recourante, en tant que preneur d'assurance, ainsi que «LA SUISSE», en qualité d'assureur, ont conclu un contrat collectif d'indemnités journalières d'après la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance - LCA ; RS 221.229.1). Conformément à cette police, la recourante était assurée pour le risque de perte de gain dû à la maladie et avait droit à une indemnité journalière de 80% du salaire défini par la LAA durant 716 jours, après un délai d'attente de 15 jours. Il est précisé sous la rubrique « rechutes d'affections antérieures à l'affiliation à l'assurance » que celles-ci étaient indemnisées selon la variante couverture intégrale. Cette police fait référence aux CGA MC 97, lesquelles y étaient annexées. Aux termes des CGA MC 97, si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances sociales, fédérales, d'entreprises ou d'un tiers responsable, «LA SUISSE» complète ces prestations jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité journalière assurée (art. B1 ch. 7 al. 1). «LA

SUISSE» peut subordonner le versement de ses prestations à la condition que le cas ait été annoncé à l'assurance concernée et peut également les suspendre si l'assuré a retiré son annonce (art. B1 ch. 7 al. 2). Si «LA SUISSE» intervient en lieu et place d'un tiers responsable, l'assuré doit lui céder les droits qu'il a contre ce tiers, à concurrence des indemnités payées par elle (art. B1 ch. 7 al. 3).

De plus, si le contrat est conclu avec la variante « Couverture intégrale », selon l'art. B3 ch. 2, et une durée des prestations de 720 ou 730 jours d'incapacité de

A/2151/2011 - 9/14 - travail, sous déduction du délai d'attente, l'incapacité de travail qui atteint ou dépasse 66.6% donne droit à une indemnité journalière pleine, si l'assuré est au bénéfice de prestations de la prévoyance professionnelle (LPP ; art. B1 ch. 8). Dans la variante « Couverture intégrale », «LA SUISSE» fait abstraction du passé médical ; la pleine garantie contractuelle est accordée même aux rechutes d'affections antérieures à l'entrée dans l'assurance (art. B3 ch. 2).

E. 7

Aux termes de l'art. 35 LCA, si pendant la durée du contrat, les conditions générales d'assurance des contrats de même genre sont modifiées, le preneur d'assurance peut exiger que le contrat soit continué aux conditions nouvelles. Mais s'il est exigé des prestations plus élevées pour l'assurance aux nouvelles conditions, le preneur doit fournir à l'assureur le juste équivalent. Il résulte de cette disposition qu'en cas de modification des conditions générales et/ou particulières, le preneur d'assurance - au bénéfice d'un contrat encore en cours - dispose du droit de demander que son contrat soit soumis aux conditions nouvelles. S'il n'exerce pas cette prérogative, le contrat reste soumis aux anciennes conditions. Il s'ensuit que la seule communication au preneur d'assurance des nouvelles CGA constitue un acte unilatéral qui ne peut modifier le contrat d'assurance conclu entre les parties (TF RBA IV n° 16, cité par Olivier CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 35 LCA). L'art. 35 LCA ne fait donc que poser la présomption - réfragable - qu'un contrat est soumis aux conditions générales/spéciales en vigueur lors de sa conclusion (Arrêt du Tribunal cantonal vaudois du 9 juillet 1993, RJ 1993 n° 891). Ainsi, en application des principes généraux du droit des obligations, les nouvelles conditions ne peuvent régir que de nouvelles conventions. Les contrats en cours sont, quant à eux, soumis aux conditions qui prévalaient au moment de leur conclusion. L'adaptation du contrat n'intervient pas d'elle-même, par le simple fait que l'assureur introduit de nouvelles conditions sur le marché. Le preneur d'assurance doit en exiger la modification. Il exerce cette prérogative par une déclaration de volonté qui déploie ses effets au moment où elle parvient à l'assureur. Il fait alors valoir un droit formateur lui permettant de modifier le contrat existant sans que l'assureur doive d'une quelconque manière signifier sa volonté d'accepter la modification (Vincent BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, p. 205ss). Par ailleurs, les parties peuvent en tout temps, d'un commun accord, décider de modifier un contrat d'assurance en cours.

E. 8

Il se pose tout d'abord la question de savoir si les CGA MC 97 de «LA SUISSE» sont applicables ou si ce sont les CGA de la HELSANA, laquelle a repris les contrats d'assurance indemnités journalières de «LA SUISSE» durant l'année 2005. La Cour de céans constate que si l'application de ces CGA MC 97 était initialement contestée par la HELSANA, celle-ci a admis leur application, suite à la production

A/2151/2011 - 10/14 - de la police d'assurance de «LA SUISSE», si ce n'est de manière explicite, en tous les cas implicitement (cf. sa détermination du 15 novembre 2011). Quant à la Caisse, elle s'en est rapportée à justice suite à la prise de position de la HELSANA. A la lecture des pièces versées au dossier par les parties, il n'apparaît pas et il n'est d'ailleurs pas allégué par les parties que la recourante aurait reçu les CGA de la HELSANA ou encore qu'elle aurait sollicité leur application. Il ne peut ainsi être retenu que la recourante en ait eu connaissance ou encore que, par son silence, elle les ait acceptées. De plus, même si les CGA de la HELSANA avaient été remises à la recourante, elles constituent une proposition de modification du contrat conclu, soumise à l'acceptation expresse de la recourante selon l'art. 35 LCA. Partant, en l'absence d'accord des parties quant à l'application des CGA de la HELSANA, ce sont bien les CGA MC 97 de «LA SUISSE» qui sont applicables, lesquelles étaient en vigueur au moment de la conclusion de la police d'assurance.

E. 9

Il convient dès lors de déterminer si les CGA MC 97 de «LA SUISSE» permettent à la HELSANA de réclamer le versement de l'arriéré des rentes AI en compensation des indemnités journalières qu'elle a servies à la recourante du 1er janvier au 4 juin 2006. a) En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006). La LCA ne contient pas de règles d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 al. 1 LCA), la jurisprudence en matière de contrat est applicable. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales et/ou particulières qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexacts dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO ; RS 220). Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). A cet égard, les conditions générales, lorsqu'elles ont été incorporées au contrat, en font partie intégrante; elles doivent être interprétées selon les mêmes principes que les autres dispositions contractuelles (ATF 133 III 675 consid. 3.3; ATF 122 III 118 consid. 2a).

A/2151/2011 - 11/14 - De façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

E. 10

En l'occurrence, la HELSANA a requis de la Caisse la compensation du montant de 9'641 fr. 30 versé durant la période courant du 1er janvier au 4 juin 2006 avec les paiements rétroactifs de l'AI. Pour ce faire, elle a utilisé le formulaire idoine. Elle n'a cependant pas obtenu le consentement de la recourante pour le remboursement de ce montant. Il s'agit ainsi de savoir si le droit direct au remboursement peut être déduit sans équivoque d'une disposition des CGA MC 97. La Cour de céans doit constater qu'un tel droit ne résulte pas des CGA MC 97, ce que tant la Caisse que la HELSANA admettent dans leurs écritures. Il sera précisé que l'art. B1 ch. 7 al. 3 CGA MC 97, qui prévoit la cession obligatoire des droits de l'assuré à l'assureur, si celui-ci intervient en lieu et place du tiers responsable, ne s'applique pas à l'assurance-invalidité, qui ne peut pas être considérée comme un tiers responsable. En effet, dans les CGA, les prestations d'assurances-sociales, et partant les prestations de l'assurance-invalidité sont distinguées des prestations du tiers responsable (art. B1 ch. 7 al. 1), de sorte qu'on doit conclure, comme le soutient la recourante, que l'al. 3 est une concrétisation de l'art. 72 LCA, soit du droit de recours de l'assureur contre le tiers responsable en raison d'actes illicites. Comme l'invoque la HELSANA, il découle certes de l'art. B1 ch. 7 al. 1 CGA MC 97 que la surindemnisation n'est pas admissible. Force est toutefois de relever qu'une clause d'interdiction de surindemnisation ne suffit pas pour que des prestations versées rétroactivement par l'assurance-invalidité puissent être directement restituées à l'assureur perte de gain qui a effectué des avances (cf. DR, no 10065 et 10067), en l'absence de consentement de l'assuré. Le fait que la HELSANA ait informé la recourante que le versement des indemnités journalières était subsidiaire par rapport aux prestations de l'AI, afin notamment que la recourante s'annonce auprès l'OAI, n'y change rien. Enfin, la HELSANA soutient que la recourante commet un abus de droit en sollicitant le versement de la somme litigieuse auprès de l'OAI, alors même qu'elle devrait la reverser à la HELSANA par la suite à titre de répétition de l'indu. Selon la jurisprudence, il y a abus de droit manifeste, prohibé par l'art. 2 al. 2 du Code

A/2151/2011 - 12/14 - civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), lorsqu'une personne use de son droit sans ménagement ou de manière inutilement rigoureuse (ATF 135 III 162), notamment lorsqu'elle choisit, sans raison objective, parmi plusieurs solutions équivalentes, celle qui est la plus nuisible à l'autre partie (ATF 131 III 459 consid.

E. 11

Reste à se prononcer sur les intérêts moratoires requis par la recourante. a) Depuis le 1er janvier 2003, l'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision litigieuse annulée, en ce sens que l'OAI n'aurait pas dû donner suite à la demande de compensation de la somme de 9'641 fr. 30 présentée par la HELSANA. L'OAI sera dès lors condamnée à verser à la recourante la somme de 9'641 fr. 30, avec intérêts dès le 1er janvier 2008.

E. 13

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

Toutefois, le litige concernant le paiement de prestations en mains de l'assureur perte de

gain n'a pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (ATF 129 V 362, consid. 2 ; ATF 121 V 17, consid. 2, arrêt non publié du 26 septembre 2007, I 256/06, consid. 2). Il ne sera dès lors pas perçu d'émolument. Vu l'issue de la procédure, une indemnité de 2'500 fr. est allouée à la recourante à titre de dépens, laquelle sera à la charge conjointe de l'OAI et de la HELSANA (art. 89H al. 2 LPA).

A/2151/2011 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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