

NE_GERICHTE TA.1997.430 vom 18. Februar 1998

NE Tribunal cantonal, 1998-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.1997.430

FR: NE_GERICHTE TA.1997.430 du 18 février 1998

IT: NE_GERICHTE TA.1997.430 del 18 febbraio 1998

Erwägungen

E. 21

novembre 1997. Interjeté dans les formes et délai légaux devant l'autorité de recours du domicile de l'assuré, le recours est ainsi recevable.

2. a) Lorsque deux personnes sont débitrices l'une envers l'autre de sommes d'argent ou d'autres prestations de même espèce, chacune des parties peut compenser sa dette avec sa créance, si les deux dettes sont exigibles (art.120 al.1 CO). Cette règle de droit privé est également applicable en droit public. Il est en effet admis que les créances de droit public sont compensables sans qu'il soit nécessaire que cette possibilité soit prévue expressément par le législateur (Grisel, Traité de droit administratif, 1984, p.657-658; ATF 107 III 142-143). Ce principe est également applicable dans le domaine des assurances sociales (Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2ème édition, 1995, p.225). Le Tribunal fédéral des assurances avait ainsi admis, sous l'ancien droit, qu'une caisse-maladie pouvait compenser des prestations d'assurance échues avec des créances de cotisations arriérées (ATF 110 V 185 - RAMA 1985, p.12; v. aussi Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 2ème édition, 1994, p.314). L'entrée en vigueur de la LAMal, le 1er janvier 1996, n'a pas modifié ce système. La nouvelle loi, comme l'ancienne, ne règle pas expressément la question de la compensation, qui est ainsi admissible. Le fait que la LAMal a instauré un système d'assurance obligatoire n'est pas non plus déterminant, le principe de la compensation étant applicable de façon générale en matière d'assurance sociale. Pour qu'une compensation soit exclue, il aurait fallu que le législateur adopte une disposition en ce sens.
- b) En l'espèce, les compensations litigieuses, intervenues

lorsque l'intimé a fait connaître en 1997 son intention au recourant (art.124 al.1 CO), sont admissibles. L'article 9 OAMal, relatif à la demeure de l'assuré, n'exclut en effet pas une compensation, mais prévoit les conséquences d'une poursuite infructueuse contre un assuré (en particulier l'obligation pour l'assureur d'informer l'autorité compétente d'aide sociale et la possibilité de suspendre la prise en charge des prestations). Il n'est pas non plus déterminant que les créances en cause concernent l'assurance obligatoire des soins ou une assurance complémentaire, du moment que la condition de la réciprocité des créances est réalisée.

3. a) Dans le domaine de l'AVS, certaines compensations sont réglées par la loi (art.20 al.2 LAVS). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, la compensation de cotisations personnelles avec une rente ne peut se faire que dans la mesure où la déduction qui affecte les rentes mensuelles ne porte pas atteinte au minimum vital reconnu par le droit des poursuites. Lorsque les revenus de l'assuré ne dépassent pas ce minimum vital, une compensation est exclue (RCC 1990, p.206-207; RCC 1986, p.304; Kieser, Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, 1996, p.128). Le même principe existe dans le domaine de l'assurance-accidents (art.64 OLAA; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la LAA, 1992, p.183). Sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie, le Tribunal fédéral des assurances a également considéré, dans un arrêt du 2 avril 1982, que la compensation opérée par une caisse-maladie entre prestations échues et cotisations arriérées ne doit pas mettre en péril les moyens d'existence du débiteur (RAMA 1982, p.247).

b) Le recourant se plaint d'une atteinte à son minimum vital si une compensation est opérée. Il y a lieu, au vu du principe prérappelé, d'admettre cet argument. C. Neuchâtel a en effet informé l'intimée par lettre du 10 septembre 1997 que le recourant voyait sa situation se détériorer du fait de factures de médecins non remboursées (D.7/19), de sorte que la caisse X. devait s'enquérir de sa situation financière exacte avant de prendre sa décision du 24 septembre 1997. Il est vrai que la protection du minimum vital semble avant tout

viser les cas dans lesquels une assurance compense des cotisations impayées avec des rentes. Dans son arrêt du 2 avril 1982, le Tribunal fédéral des assurances n'a cependant pas opéré de distinction entre prestations pour soins et droit à des indemnités journalières. Il a au contraire décrit cette règle comme appartenant "aux principes régissant l'assurance sociale en général" (RAM 1982, p.252). Il faut dès lors admettre que le minimum vital doit être garanti dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une rente, d'indemnités journalières ou de remboursement à un assuré de frais de traitement.

4. Le recours est ainsi bien fondé. Il convient d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il est statué sans frais.

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