



TRIBUNAL DES ASSURANCES

Présidence de Mme T H A L M A N N, juge,
Membres : M. Baud et M. Ritter, juges,
Greffier : Mme Rouiller, greffière-substitut

* * * * *

Jugement du 23 décembre 2003

dans la cause

X, demanderesse, représentée par l'avocat
Philippe Nordmann, audit lieu,

contre

Y Assurances, (ci-après : Y, ou la caisse),
défenderesse.

Art. 12 al. 3 LAMal; 33 LCA.

E n f a i t :

A. *X travaillait à l'institution de B. Cette institution a conclu un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières avec Y. Selon cette police, en cas de maladie, l'assurance couvre le 90% du salaire AVS, le délai d'attente est de 30 jours et la durée des prestations de 730 jours.*

Les conditions d'assurances pour l'indemnité journalière collective, édition du 1^{er} janvier 1999/2000 (ci-après : CGA) ont le contenu suivant :

Article 6

Sommes assurables

6.1 Pour les employés, sous réserve d'un accord contractuel différent, on assure le salaire AVS resp. un pourcent de ce dernier. Le dernier salaire perçu avant le début du cas assuré est déterminant pour le calcul des indemnités journalières. En cas de revenu irrégulier, on prend la moyenne depuis le début de l'engagement, toutefois au plus celle des 12 derniers mois

(..)

Article 20

Calcul de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est obtenu en calculant le salaire assuré sur toute l'année et en divisant la somme de salaire annuel assurée par 365 resp. 366 dans les années bissextiles

Article 21

Gain d'assurance

21.1 *Le droit aux prestations d'indemnités journalières n'existe que s'il n'en résulte pas de gain d'assurance pour l'assuré.*

21.2 Sont considérées comme gain d'assurance, les prestations qui dépassent la couverture intégrale de la perte de revenu de la personne assurée, à l'exception des prestations d'assurances de somme.

21.3 (...)

Article 22

Prestations de tiers et subsidiarité

22.1 Pour les employés, les prestations selon la présente assurance, à l'exception de prétentions simultanées au titre d'assurances indemnités journalières *LAMal*, sont accordées en complément aux prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP. Y complète les prestations *jusqu'à* concurrence de la prestation assurée.

(..)

Le 7 mai 1999, l'employeur de la demanderesse a adressé à la défenderesse un avis de maladie mentionnant que le dernier jour de travail avant la maladie était le 17 janvier 1999. Sur cet avis, l'employeur a indiqué que le salaire mensuel y compris un douzième comme part du 13e salaire mensuel s'élevait à 3'895 fr. Il n'indique pas verser d'allocations familiales.

B. Une rente AI entière a été accordée à la demanderesse dès le 1^{er} janvier 2000 ainsi que des rentes complémentaires pour ses deux enfants. Ces rentes se sont élevées en 2000 à 994 fr. par mois pour la demanderesse et à 398 fr. pour chacun de ces enfants ainsi qu'à 1'019 fr. et deux fois 408 fr. en 2001.

Par lettre du 29 novembre 2002, la défenderesse a établi un calcul de surindemnisation pour la période du 1^{er} janvier 2000 au 16 janvier 2001 s'élevant à 22'445 fr. 25.

Par lettres du 9 décembre 2002 et 13 janvier 2003, la demanderesse a contesté ce calcul. Elle soutient en substance, en invoquant l'article 21 chiffre 2 des CGA, que le plafonnement se situe à la couverture intégrale de la perte de revenus. A son avis, pour déterminer le plafond du gain sans invalidité, il faut prendre en compte le salaire mensuel brut de 3'595 fr. treize fois, auquel s'ajoute la prime spéciale versée chaque année ainsi que les allocations familiales. Elle atteint ainsi, pour 381 jours, la somme totale de 49'855 fr., soit 136 fr. 55 par jour.

Par courrier du 27 mai 2003, la défenderesse a calculé l'indemnité journalière pour les années 2000 et 2001, sur la base de 90 % du salaire annuel de 46'740 pour 2000 et 2001. Elle a versé ainsi 366 indemnités journalières à 127 fr. 70 en 2000, soit 42'064 fr. au total et 16 indemnités journalières à 128 fr. 05 en 2001, soit 1'844 fr. au total. Dans ce courrier, la caisse s'exprimait comme suit :

"(...) Selon l'art. 6 des CGA applicables, la somme assurable est le salaire AVS, respectivement un *pourcent* de ce dernier. Le dernier salaire perçu avant le début du cas assuré est déterminant pour le calcul des indemnités journalières. En l'espèce, le dernier salaire perçu avant le début de l'incapacité de travail, soit en janvier 1999, se montait à Fr. 3'895.- y compris le 13^{ème} salaire, soit une somme annuelle de Fr. 46'740.-. Le contrat collectif prévoit une couverture d'assurance de 90 % dès le 31^{ème} jour. Il s'ensuit que le salaire annuel assuré se monte à Fr. 42'066.- (3'895 x 12 x 90 %). Le montant du salaire annuel assuré est le montant maximum que Y est prête à payer en cas d'incapacité de travail. Pour plus de précision, l'indemnité journalière se monte à Fr. 127.70 (46'710 / 366) pour l'année 2000 et Fr. 128.05 (46'740 / 365) pour l'année 2001. Ainsi, les indemnités journalières se calculent de la manière suivante pour la période du 01.01.2000 au 16.01.2001:

2000: 127.70 x 366 jours x 90% = 42'064.60

2001 : 128.05 x 16 jours x 90% = 1'844.-

43'908.60

Lorsqu'il existe une situation de surindemnisation, les indemnités journalières sont réduites afin qu'il ne résulte pas de gain d'assurance pour *l'assuré*. En l'espèce et pour la période litigieuse, la rente AI s'élève à Fr. 22'445.25. Sans réduction pour surindemnisation, *l'assurée* aurait touché un *total* de Fr. 66'353.85. Selon l'art. 22 al. 1 des CGA applicables, les prestations sont accordées en complément aux prestations d'assurances sociales et d'assurances selon la LPP. Y complète les prestations *jusqu'à* concurrence de la prestation assurée. Cet *article* traite donc spécifiquement des cas de surindemnisation et signifie bien que la personne assurée reçoit, avec la rente, la prestation assurée, et non l'entier de la perte de revenu. L'art. 21 al. 2 des CGA concerne uniquement les cas de surassurance, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En définitive, la surindemnisation à rembourser correspond effectivement à Fr. 22'445.25. (...)"

C. La demanderesse a ouvert action par demande déposée le 19 juin 2003 en concluant à ce qu'il soit constaté que la défenderesse peut revendiquer sur l'arriéré des prestations AI dues à la demanderesse pour la période du 1^{er} janvier 2000 au 16 janvier 2001, le montant de 14'328 fr. 30 et non pas de 22'445 fr. 25. Fondée sur l'article 21 CGA, elle exige la couverture intégrale de sa perte de revenu.

La défenderesse a conclu au rejet de la demande

E n d r o i t :

1. Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 LAMal, qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal. Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RALV 1996 p. 119; FAO 1996 p. 1956]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124). S'agissant désormais d'un contentieux de droit

privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 LSA; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377, RAMA 1998, KV 35 p. 290; ATF 123 V 324, c. 3a, RAMA 1998, KV 22 p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5, p. 198; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, dans: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 s., spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3, pp. 211 ss).

La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurance-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt SPc. La S Assurances, du 24 juin 1998, no257/1998, publié in JT 1999 III 106 ss). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile.

La demande est dès lors recevable.

2. Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que Y réclame à X le remboursement de la somme de 22'445 fr. 25 faisant l'objet d'un décompte de surindemnisation établi à la suite du versement d'indemnités journalières pour perte de gain, lequel décompte considère tant le salaire assuré que la rente l'assurance-invalidité.

3. Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2e éd., Zurich 1985, p. 79). A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non

seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 19 s.; Recueil de travaux, op. cit., p. 671). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1er LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

A teneur de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise et non équivoque.

4. a) Le présent litige doit être tranché au regard des dispositions topiques des conditions spéciales assurance indemnité journalière de Y (cf. supra : CGA).

Les dispositions contractuelles doivent être interprétées comme un assuré de bonne foi peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté d'une clause rédigée par un assureur; ces principes généraux sont déduits de la règle dite de l'inhabituel, s'agissant notamment de la règle "in dubio contra stipulatorem" (Unklarheitsregel), soit "in dubio contra assicuratorem" (cf. ATF 118 II 342, c. la; 122 III 118; voir aussi ATF 116 II 89; 119 II 443; 121 III 414; 124 III 155, c. 1 b p. 158).

En application de ces principes, on peut tirer ce qui suit des conditions d'assurance applicables au cas présent :

- l'article 6.1 définit, pour les employés, le salaire déterminant pour le calcul des indemnités journalières; il s'agit du salaire AVS, respectivement un pourcentage de celui-ci;

- l'article 20 pose la règle générale du calcul de l'indemnité journalière; ce qui est couvert, c'est la perte de gain effective, si elle est inférieure ou *égale* au gain assuré au sens de l'article 6 ;

- l'article 21 règle un cas particulier : celui de la surassurance; dans ces cas, et sous réserve de l'assurance de somme, c'est l'*intégralité* de la perte de revenu qui est couverte; l'assurance ne devant pas être source de gain pour l'assuré, celui-ci donc ne peut pas recevoir de l'assurance un montant supérieur à celui de son dommage.

- l'article 22 est une règle de coordination entre les prestations de la caisse et celles de tiers; selon cette norme, la caisse intervient *complémentairement* aux prestations sociales et d'assurance selon la LPP, jusqu'à concurrence du gain assuré au sens des articles 6 et 20 précités.

b) La question à examiner, au vu de cette réglementation est celle de savoir si dans le calcul de surindemnisation, il y a lieu de tenir compte du salaire assuré, savoir de 90 % du salaire soumis à l'AVS ou, comme le soutient la demanderesse à l'appui de ses conclusions, de la couverture intégrale de sa perte de revenu.

5. **a)** En l'espèce, la demanderesse est au bénéfice des prestations d'une assurance sociale (l'AI) dès le 1^{er} janvier 2000. La disposition topique des CGA applicable ne peut être que la règle de coordination de l'article 22.1 précité qui prévoit expressément cette situation. Cette norme précise que la défenderesse complète les prestations jusqu'à concurrence de la prestation assurée; il en ressort que la limite de revenu à prendre en compte est bien le salaire assuré au sens de l'article 6.1 et non la perte intégrale de revenu. Quelle que soit l'interprétation que l'on peut donner de l'article 21.2, il ne trouve pas application dans le présent cas, et un assuré de bonne foi ne peut comprendre autrement les conditions générales de la caisse.

b) S'agissant, au demeurant, de la prestation assurée, la police d'assurance prévoit qu'il s'agit du dernier salaire AVS perçu avant le début du cas assuré, avec tout ce qu'il comprend (cf. art. 6.1 CGA). Dans le cas présent, c'est ce salaire qui a été indiqué par l'employeur dans l'avis de maladie du 7 mai 1999 qui est déterminant : il s'agit du traitement mensuel et d'un douzième du treizième salaire, à l'exclusion des allocations familiales.

Contrairement à ce que soutient X, qui ne produit aucune pièce à l'appui de ses allégations (cf. ATF 125 III 78 c. 3b; 123 III 35 c. 2d.), la caisse n'a pas à assurer d'autres prestations. A cet égard, la lettre du mandataire de la demanderesse du 13 janvier 2003 ne saurait être déterminante.

c) Vérifiés d'office les calculs de la caisse, au demeurant non contestés, s'avèrent exacts. C'est ainsi à juste titre que la défenderesse fait valoir à l'encontre de la demanderesse une surindemnisation à rembourser de 22'445 fr. 25, et ce montant doit être confirmé.

6. En définitive, la demande apparaît mal fondée, et doit être rejetée

Par ces motifs,
le Tribunal des assurances
p r o n o n c e :

I. La demande est rejetée

II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées

La présidente :

D. Thakou

La greffière :

[Signature]

Du 27 JUL. 2004

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par envoi sous pli recommandé avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne. Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;

b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;

c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;

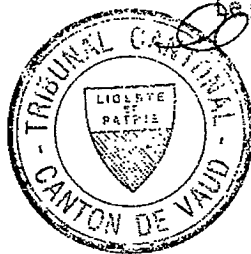
d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;

e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE
CONFORME À L'ORIGINAL



La greffière :

