

BGer K 181/04 vom 3. April 2006

Bundesgericht, 2006-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_181_04

FR: TF K 181/04 du 3 avril 2006

IT: TF K 181/04 del 3 aprile 2006

Regeste

Assurance-maladie | Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

Le litige porte sur le droit de l'intimée à des indemnités journalières pour perte de gain, résultant de sa maternité, durant la période du 10 février au 9 mars 2003. Singulièrement, il s'agit d'examiner si la recourante était en droit de refuser le versement de l'indemnité journalière durant cette période au motif que l'assurée avait annoncé tardivement être incapable de travailler en raison de la naissance de son fils.

E. 2.1

Dans le cadre de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal, l'assureur et le preneur d'assurances conviennent du montant des indemnités journalières assurées; ils ne peuvent toutefois, en vertu de l'art. 72 al. 1 LAMal, exclure ni le risque de la maladie, ni le risque de la maternité. Les prestations prévues en cas de maternité doivent donc être allouées lorsqu'une assurance facultative d'indemnités journalières a été conclue (Catherine Jacottet-Tissot, Indemnités journalières en cas de grossesse et de maternité, in : Colloques et Journées d'Etude 1999-2001 [IRAL], Lausanne 2002, p. 855). Conformément à l'art. 74 LAMal, en cas de grossesse et d'accouchement, les assureurs sont tenus de verser les indemnités journalières assurées si, lors de l'accouchement, l'assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois (al. 1). Les indemnités journalières doivent être versées pendant 16 semaines, dont au moins 8 après l'accouchement. Elles ne peuvent être imputées sur la durée prévue à l'art. 72 al. 3 et doivent être allouées même si cette durée est expirée (al. 2). Selon la jurisprudence, la durée de 16 semaines est impérative et les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail avant l'accouchement, dues pour cause de maladie (art. 72 al. 2 et 3 LAMal) ne peuvent être imputées sur cette durée légale (ATF 124 V 291).

E. 2.2

Conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée. Pour ce faire, les assureurs sociaux remettent gratuitement les formules destinées à faire valoir et à établir le droit aux prestations; ces formules doivent être transmises à l'assureur compétent, remplies de façon complète et exacte par le requérant ou son employeur et, le cas échéant, par le médecin traitant (art. 29 al. 2 LPGA). Cette disposition n'est pas applicable dans l'assurance obligatoire des soins, dans laquelle, conformément à l'art. 42 al. 6 LAMal, aucune formule n'est nécessaire pour faire valoir le droit aux prestations, en dérogation à l'art. 29 al. 2 LPGA. En revanche, dans l'assurance

facultative d'indemnités journalières, aucune exception n'a été prévue, de sorte que l'assuré est en principe tenu de s'annoncer à sa caisse-maladie dans la forme prescrite pour cette branche de l'assurance-maladie. A cet égard, ni la LAMal ni l'OAMal ne contiennent, sous réserve de l'art. 111 OAMal - inapplicable en l'espèce -, de dispositions sur l'annonce à l'assureur. En particulier, elles ne comprennent pas de normes prescrivant aux assurés l'obligation d'annoncer sans retard à leur caisse-maladie la survenance d'un cas d'assurance, singulièrement une incapacité de travail. Aussi, conformément à la jurisprudence - rendue sous l'empire de la LAMA, mais restant pleinement valable sous l'empire de la LAMal (ATF 127 V 154 consid. 4b) -, en l'absence de dispositions légales, les caisses-maladie peuvent prévoir, dans leurs statuts ou leurs règlements, des prescriptions d'ordre en matière d'obligation d'annoncer un cas d'assurance. Dans ce cadre, elles sont en particulier autorisées à refuser leurs prestations jusqu'au jour où elles reçoivent un avis en bonne et due forme, pour autant qu'on puisse raisonnablement exiger de l'assuré qu'il fasse l'annonce à temps. Cette possibilité vise à faciliter le contrôle par l'assureur des prestations et des frais, qui sera d'autant plus aisé à mettre en oeuvre et efficace qu'il interviendra rapidement. Toutefois, lorsque l'assuré viole son obligation d'annoncer, aucune sanction ne peut, en règle générale, être appliquée si cette violation apparaît excusable. La sanction doit en outre respecter le principe de proportionnalité (ATF 129 V 53 consid. 1.2, 127 V 154 consid. 4a et b). L'entrée en vigueur de l'art. 29 LPGa ne modifie en rien la liberté des assureurs-maladie gérant l'assurance d'indemnités journalières sur ce point (voir Gebhard Eugster, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 228). En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, ceux-ci sont néanmoins tenus de se conformer aux principes généraux régissant toute activité administrative, ce qui implique notamment le respect des principes de la mutualité, de la proportionnalité et de l'égalité (art. 13 al. 2 let. a en relation avec l'art. 68 al. 3 LAMal ; ATF 129 V 53 consid. 1.1 et les références).

E. 3.1

Selon le Règlement de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie de HOTELA (édition 01.2001), la caisse-maladie verse les indemnités journalières assurées en cas d'incapacité de travail résultant d'une maladie ou d'une maternité (art. 18 al. 1). Les prestations sont versées sur la base d'un certificat médical établi par un médecin reconnu par HOTELA établissant la gravité et la durée de la maladie ainsi que le degré de l'incapacité de travail (art. 18 al. 2). En vertu de l'art. 22 du règlement, en cas de maternité, HOTELA verse des indemnités journalières pour autant que la personne assurée ait bénéficié d'une couverture d'assurance pendant au moins 270 jours avant l'accouchement, et ce sans interruption supérieure à trois mois (al. 1). Elle alloue à la mère des indemnités journalières pendant 16 semaines ininterrompues. La personne assurée est libre de choisir le début du versement des prestations pour autant que 8 de ces 16 semaines au moins suivent l'accouchement (al. 2). Des indemnités journalières versées pour des incapacités dues à une maladie ne sont pas imputées sur le droit aux prestations en cas de maternité (al. 3).

E. 3.2

Sous le titre «obligation de déclaration et de coopération», l'art. 25 du règlement prévoit notamment que toute incapacité de travail doit être attestée par un certificat médical original établi par un médecin reconnu (al. 1); les prestations sont versées pour autant que le certificat médical établisse la durée de la maladie et le degré de l'incapacité de travail (al. 2); le certificat médical doit être établi au plus tard le 4^e jour qui suit le début de l'incapacité

(al. 3). Quant à la «collaboration en tant que personne assurée», aux termes de l'art. 26 du règlement («Déclaration des incapacités»), l'employeur ou l'assuré individuel est tenu de déclarer à HOTELA toute maladie ou toute incapacité de travail dans un délai de 30 jours après le début de l'incapacité. S'il fait cette déclaration plus de 30 jours après que la maladie se soit déclarée, aucune prestation n'est versée pour la période allant jusqu'à la date de la déclaration.

E. 4

Considérant que l'événement qui ouvre le droit à des indemnités journalières en cas de maternité est l'accouchement et non pas, comme en cas de maladie, une incapacité de travail, la juridiction cantonale a retenu que les incombances prévues dans le règlement de la recourante quant à l'annonce de l'incapacité de travail dans un délai de 30 jours après le début de celui-ci et à la production d'un certificat médical ne sont pas applicables à la situation de la maternité. L'intimée avait dès lors droit aux indemnités journalières contractuelles durant 16 semaines en raison de la naissance de son fils, le 11 janvier 2003. La recourante soutient que toute assurée enceinte est tenue d'annoncer son accouchement dans un délai de 30 jours en vertu de l'art. 26 de son règlement, cette disposition s'appliquant à toutes les situations ouvrant droit à des prestations. Admettre, comme l'ont fait à tort les premiers juges, que la maternité constitue un cas «à part non soumis [à son] règlement» contreviendrait, selon la recourante, à la sécurité du droit, dans la mesure où une assurée serait alors fondée à réclamer des prestations-maternité même quelques années après son accouchement. La recourante est d'avis que le non-respect par l'intimée de son obligation d'annoncer justifie le non-paiement d'indemnités journalières pour la période en cause.

E. 5.1

R._____ a donné naissance à un fils le 11 janvier 2003. Comme l'a à juste titre retenu la juridiction cantonale, cet événement a ouvert le droit aux indemnités journalières prévues par l'art. 74 al. 1 LAMal, indépendamment de toute incapacité de travail. Définies aux art. 3 al. 1 et 5 LPGA, la maladie et la maternité sont couvertes par la LAMal comme deux éventualités distinctes (art. 1a al. 2 let. a et c LAMal; ATF 124 V 295 consid. 3c). Tandis que dans la première, le droit à l'indemnité journalière suppose une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 72 al. 1 LAMal), attestée médicalement, ce droit ne dépend pas, dans la seconde éventualité, d'une incapacité de travail de l'assurée, mais de sa grossesse et de l'enfantement (la maternité comprenant, selon l'art. 5 LPGA, la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier). Dès la huitième semaine avant l'accouchement, l'assurée a droit à des indemnités journalières de maternité si elle cesse de travailler pour quelque motif que ce soit (par exemple, convenance personnelle, envie de se ménager, préparation à la maternité); si elle continue de travailler jusqu'à l'accouchement (sous réserve de l'art. 35 al. 2 de la Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce [Loi sur le travail; RS 822.11]), l'allocation des indemnités journalières est entièrement reportée sur les 16 semaines après la naissance de l'enfant (Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in : LAMal-KVG: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 562 sv.; voir aussi Marylaure Garcia, La loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 vue sous l'angle de la maternité, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 23 [1999], p. 75).

E. 5.2

Dès lors que la survenance d'une incapacité de travail n'est pas une condition de la naissance du droit aux indemnités journalières en cas de maternité, l'allocation de ces prestations ne saurait dépendre de l'annonce à temps, par l'assurée, d'une limitation de sa capacité de travail. Dans cette mesure déjà, l'art. 26 du règlement de la recourante ne peut trouver application en l'espèce, pas plus du reste que l'art. 25 relatif à l'obligation de faire attester toute incapacité de travail par un certificat médical original. En cas de maternité, l'accouchement - et la grossesse si les prestations sont requises pour la période antérieure à celui-ci - constitue l'événement qui ouvre le droit aux indemnités journalières prévues à cet effet. Etant donné qu'il s'agit d'un fait objectif, aisément vérifiable au moyen, par exemple, de la copie d'un acte de naissance ou du livret de famille, le risque - évoqué par la recourante en faveur de l'application de l'art. 26 de son règlement - que soient fournies des prestations auxquelles l'assurée n'a pas droit est (quasiment) inexistant. Dans ce contexte, l'obligation d'annoncer le cas d'assurance dans un certain délai et la possibilité donnée aux caisses-maladie d'instaurer des sanctions en cas d'annonce tardive, qui visent à mettre en oeuvre leur devoir de contrôle et de surveillance, ne trouvent pas place. Il suffit, mais il est nécessaire au regard de l' art. 29 al. 1 LPGA , que l'assurée s'annonce pour faire valoir son droit aux indemnités journalières et en requérir le versement; l'intimée a satisfait à cette obligation en demandant à bénéficier de «[ses] indemnités» par courrier daté du 20 mars 2003, même si la copie du livret de famille portant inscription de son fils ne semble être parvenue à la caisse-maladie que quelque temps plus tard. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, on ne saurait voir une violation du principe de la sécurité du droit en ce qu'une assurée pourrait, en l'absence de délai fixe dans lequel elle serait tenue de s'annoncer, réclamer des prestations plusieurs années après avoir enfanté. La durée des indemnités journalières au sens de l' art. 74 LAMal est en effet clairement déterminée par la loi et ne varie pas en fonction de critères qui dépendraient, par exemple, de l'état de santé de la parturiente et devraient, de ce fait, être vérifiés le plus rapidement possible par l'assureur-maladie. Le droit aux prestations en cause est en outre soumis au délai de prescription de cinq ans à compter de la fin du mois pour lequel la prestation était due conformément à l' art. 24 al. 1 LPGA .

E. 5.3

Il résulte de ce qui précède que la recourante n'était pas fondée à limiter les prestations de l'intimée et que celle-ci a droit au versement des indemnités journalières convenues en raison de la naissance de son fils, le 11 janvier 2003, durant 16 semaines, comme l'ont retenu à juste titre les premiers juges.

E. 6

Etant donné la nature du litige qui porte sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, la procédure est gratuite (art. 134 OJ). L'intimée, représentée par une avocate, obtient gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité de dépens à la charge de la recourante (art. 159 OJ en relation avec l' art. 135 OJ)