

FR_GERICHTE 605 2013 102 vom 8. April 2014

FR Kantonsgericht, 2014-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_102

FR: FR_GERICHTE 605 2013 102 du 8 avril 2014

IT: FR_GERICHTE 605 2013 102 del 8 aprile 2014

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 20

mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) qui doit obligatoirement être assuré par son employeur au sens de cette loi. B. Contre la décision sur opposition, A._____, représenté par Me Jacques Bonfils, avocat, interjette recours le 27 mai 2013. Il conclut, avec suite de frais et dépens, principalement, à ce qu'il soit constaté qu'il était valablement assuré pour les suites de son accident du 25 août 2009 auprès de B._____ et, subsidiairement, en cas de rejet du recours, à ce que les primes versées personnellement au titre de l'assurance-accidents auprès de B._____ lui soient remboursées avec intérêt. A l'appui de ses conclusions, il fait valoir pour l'essentiel qu'il était assuré contre le risque accident auprès de B._____ depuis le 1er janvier 2005 et que cette dernière fait preuve de mauvaise foi dès lors que c'est sur proposition de sa part que la couverture accident a été incluse dans la police. Il fait également valoir le principe de l'interdiction d'adopter des comportements contradictoires et celui de l'interdiction de l'arbitraire. Dans ses observations du 2 juillet 2013, l'autorité intimée propose le rejet du recours. Elle estime qu'en tant qu'assureur-maladie selon la LAMal, elle ne peut pas pratiquer l'assurance-accidents selon la LAA. En outre, reprenant les arguments développés dans la décision attaquée, elle répète qu'il ne lui appartient pas de prester, quand bien même l'assuré lui était affilié pour le complément

Tribunal cantonal TC Page 3 de 6 accident, dès lors que, par sa qualité de travailleur, il devait obligatoirement être assuré LAA à ce titre-là. A son sens, en particulier, il n'est pas possible, pour un employeur, de contourner cette obligation en prévoyant dans le contrat de travail qu'il appartient à ses employés de s'assurer pour ce risque. En l'espèce, il revient à la Caisse supplétive LAA de prendre en charge l'événement litigieux. Enfin, elle observe qu'il n'est pas rare qu'un assuré soit assuré à double contre les accidents, par la LAMal et par la LAA. Dans un tel cas, c'est d'abord à l'assureur LAA de prester. Dans ses contre-observations du 9 décembre 2013, l'assuré insiste sur le fait que c'est l'autorité intimée qui lui a proposé ce complément accident et qu'elle persiste à ne pas se déterminer sur ce point. Il a payé les primes y relatives et a droit aux prestations légales. Dans ses ultimes remarques du 21 janvier 2014, B._____ confirme ses conclusions. Elle indique que, dans la proposition d'assurance, signée par le recourant le 2 février 2005, elle a attiré son attention sur la possibilité de suspendre la couverture du risque accident si celui-ci était couvert par une assurance-accidents obligatoire. Au demeurant, c'est lui qui est à l'origine de la proposition d'assurance incluant le risque accident. Le 17 février 2014, l'assuré s'est spontanément exprimé une nouvelle fois, ce dont l'autorité intimée a été informée. Le 27

février 2014, il a renoncé expressément à la tenue de débats publics. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable, sous réserve de ce qui suit. Le recourant prend explicitement une conclusion principale constatatoire alors même qu'une conclusion condamnatoire est possible. En soi, de telles conclusions sont irrecevables. Il ressort toutefois de la motivation du recours qu'il demande la prise en charge par B. _____ des suites de l'accident litigieux. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige, dont l'objet est déterminé par la décision attaquée. Celle-ci porte toutefois uniquement sur la prise en charge, par B. _____, des frais relatifs à la chute - de 2009 ou de 2011, survenue en France ou en Suisse, selon les versions du recourant -. En conséquence de quoi, son chef de conclusion subsidiaire, aux termes duquel il entend obtenir, en cas de rejet du recours, le remboursement des primes payées pour le risque accident, est manifestement irrecevable, car il sort de l'objet de la contestation. 2. a) D'après l'art. 1a al. 1 et 2 LAMal, la présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 3 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; 830.1], applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal) (let. a), d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (let. b) et de maternité (art. 5 LPGA) (let. c).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 L'art. 1a al. 2 let. b LAMal précité est une règle de coordination qui instaure la fonction subsidiaire de l'assurance-maladie sociale, celle-ci pouvait être amenée à prendre en charge des frais non couverts par une assurance-accidents (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991 [FF 1991 I 47]). Celle-ci peut être l'assurance obligatoire selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) ou une assurance-accidents privée (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié K 90/00 du 22 décembre 2000). En vertu de l'art. 8 al. 1 et 2 LAMal, la couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la LAA. L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Il réduit la prime en conséquence (al. 1). Les accidents sont couverts en vertu de la présente loi dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie (al. 2). Selon l'art. 9 LAMal, lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, l'assureur doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'art. 8. b) En effet, selon l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de la présente loi les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés. Est réputé travailleur au sens de cette disposition, quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; 831.10) (cf. art. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). En vertu de l'art. 91 LAA, les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur (al. 1). Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du travailleur. Les conventions contraires en faveur du

travailleur sont réservées (al. 2). L'employeur doit la totalité des primes. Il déduit la part du travailleur de son salaire. Cette déduction ne peut être opérée, pour une période de salaire, que sur le salaire de cette période ou de la période qui suit immédiatement. Toute convention contraire en défaveur du travailleur est nulle. La LAA a également prévu la création d'une caisse supplétive (cf. art. 72 LAA), laquelle alloue les prestations légales d'assurance aux travailleurs victimes d'un accident que la CNA n'a pas la compétence d'assurer et qui n'ont pas été assurés par leur employeur (art. 73 al. 1 1ère phr. LAA). D'après l'art. 95 al. 1 LAA, si l'employeur n'a en effet pas assuré ses travailleurs, n'a pas annoncé à la CNA l'ouverture de son entreprise ou, de toute autre manière, s'est dérobé à son obligation de payer les primes, la CNA ou la caisse supplétive perçoit auprès de lui, pour la durée de son omission, mais pour cinq ans au plus, des primes spéciales s'élevant au montant des primes dues. Ce montant est doublé lorsque d'une manière inexcusable, l'employeur s'est dérobé à l'obligation d'assurer ses travailleurs ou de payer les primes. En cas de récidive de la part de l'employeur, les primes spéciales peuvent être d'un montant de trois à dix fois celui des primes dues. Lorsque le montant des primes spéciales s'élève au montant simple des primes dues, des intérêts moratoires sont perçus. L'employeur ne peut déduire les primes spéciales du salaire des travailleurs. c) Enfin, aux termes de l'art. 64 LPGA, le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (al. 1). Selon l'al. 2

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6 de cette disposition, si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de: a. l'assurance militaire; b. l'assurance-accidents; c. l'AI; d. l'assurance-maladie. d) Est seule litigieuse, en l'espèce, la question de savoir s'il appartient à B. _____ de prendre en charge les frais découlant de l'accident annoncé par l'assuré. Selon le système instauré en la matière, notamment ancré à l'art 64 LPGA, un traitement est pris en charge exclusivement par un seul assureur social selon un ordre clairement établi à l'alinéa 2 de cette disposition; ainsi, selon cet ordre, l'assureur-accidents (let. b) passe avant l'assureur-maladie (let. d). Dans le même sens, l'art. premier al. 2 let. c LAMal prévoit que l'assurance-maladie ne preste pour un accident assuré que dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. Cela étant, il sied de souligner que le complément accident prévu à cette disposition ne change rien au fait qu'il s'agit toujours d'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal et non pas d'assurance-accidents au sens de la LAA (cf. message ci-dessus rappelé). Enfin, l'art 8 al. 1 et 2 LAMal explicite également la subsidiarité de ce complément accident LAMal par rapport à l'affiliation selon la LAA, en ce sens que celui-ci peut être suspendu mais pour autant que l'assuré soit entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la LAA. Il ressort en outre de cette loi, que les travailleurs sont assurés obligatoirement par leur employeur contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. L'employeur prend à sa charge les primes d'accidents professionnels et l'assuré celles pour les accidents non professionnels, sauf convention contraire favorable à l'assuré. Et c'est l'employeur qui doit transférer la prime dans sa totalité à l'assureur (cf. art. 91 LAA). A défaut d'assurance via l'employeur, les prestations légales sont servies par une caisse supplétive et l'employeur recherché notamment pour le paiement des primes qu'il a omises de payer (cf. art. 95 LAA). En l'occurrence, il s'agit dès lors de vérifier si l'assuré devait obligatoirement être assuré contre les accidents professionnels et non professionnels via son employeur. Dans l'affirmative, selon la cascade légale des responsabilités, il n'appartiendrait pas à B. _____, en tant qu'assureur- maladie, de prester, quand bien

même l'assuré s'est acquitté auprès d'elle du complément accident prévu à l'art. premier al. 2 let. c LAMal, depuis 2005. De même, il importe peu que l'employeur ait omis d'assurer ses employés au sens de la LAA, selon le système voulu par le législateur. La question à résoudre est en réalité liée à celle de savoir si l'assuré doit être considéré comme un travailleur, soit celui qui exerce une activité lucrative dépendante au sens de la LAVS. A cet égard, l'assuré a été engagé comme directeur financier de la société D. _____ SA à compter du 1er janvier 2005. Selon l'extrait du registre du commerce, l'assuré ne disposait pas, à ce titre, ni de la signature individuelle, ni de la signature collective à deux. Lorsque les actifs et passifs de la société ont été repris par E. _____ SA, il en est allé de même. Le contrat par lequel il a été engagé en 2005 porte d'ailleurs l'intitulé "contrat de travail", est signé par F. _____, administrateur avec signature individuelle, au nom de l'Employeur, et par l'assuré comme Employé. Sur le salaire brut, il a été prévu de déduire notamment les cotisations AVS, APG ainsi que les cotisations dues à l'assurance-chômage. Manifestement, l'assuré doit être tenu pour un travailleur au sens de la LAVS, ce que les parties ne contestent en soi pas. Partant, il

Tribunal cantonal TC Page 6 de 6 devait obligatoirement être assuré au sens de la LAA à ce titre par le biais de son employeur. L'accord entre parties ne permet manifestement pas d'y déroger, surtout au détriment de l'employé. Selon le système légal, quand bien même l'employeur a omis de le faire, il n'en demeure pas moins qu'il y a obligation d'assurance. Cela suffit à libérer B. _____. Sous peine de se répéter, il importe peu, dans ce contexte, que l'assuré ait été assuré auprès d'elle pour le complément accident dans le cadre de la LAMal. La question de la double couverture et du soi-disant comportement contradictoire de l'autorité intimée n'a pas à être examinée dans le cadre de la présente procédure, comme déjà évoqué ci-dessus. On ne peut pas s'empêcher de relever, cela étant, que figurait expressément, dans la proposition d'assurance signée par le recourant le 2 février 2005, l'indication de la possibilité de suspendre la couverture du risque accident. Dans ces circonstances, c'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a refusé de prêter. L'assuré peut toutefois s'adresser à la Caisse supplétive LAA, au sens des art. 72 et 73 LAA, dans le but d'obtenir la prise en charge de l'accident dont il se prévaut, pour autant que les autres conditions en soient remplies. 3. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, pour autant que recevable, et la décision sur opposition confirmée. Il n'est pas perçu de frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière, ni alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours, pour autant que recevable, est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 8 avril 2014/ape Présidente Greffière-stagiaire