

FR_GERICHTE 608 2013 45 vom 26. Januar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_45

FR: FR_GERICHTE 608 2013 45 du 26 janvier 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 45 del 26 gennaio 2015

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 11

janvier 2012. Il a constaté que l'assuré avait omis de signaler des lombalgies chroniques dans le questionnaire médical figurant dans la déclaration d'adhésion à la caisse maladie. A ce titre, il a institué une réserve rétroactive sur réticence d'une durée de 5 ans du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2014 dont le libellé est "lombalgies chroniques". Il a également demandé la restitution d'un montant de 15'386 fr. 30 versés à tort dans la mesure où l'affection à l'origine de l'arrêt de travail tombe sous le coup de la réserve rétroactive émise. Par courrier du 3 juillet 2012, l'assuré s'est opposé à cette décision. Dans un rapport médical du 29 juin 2012, le Dr C. _____ a précisé que son patient l'avait consulté en 2003 pour un contrôle général et des douleurs ressenties à la main droite uniquement et qu'aucun traitement pour les lombalgies n'avait été prescrit. Le 15 novembre 2012, l'assuré a complété son opposition. Par décision sur opposition du 19 février 2013, Philos a confirmé la décision du 26 juin 2012 et rejeté l'opposition de l'assuré. Se fondant sur le rapport médical du 26 mars 2012, il a considéré que les troubles lombaires de l'assuré nécessitaient une médication régulière depuis plusieurs années. Pour ce motif, en répondant négativement à la question 2 "avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical?" du questionnaire médical du 11 novembre 2009, l'assuré avait passé ce traitement sous silence et ainsi commis une réticence. L'assureur a également

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 souligné que l'assuré, qui effectuait des séances de physiothérapie, ne pouvait répondre positivement à la question 1 "êtes-vous en bonne santé?". D. Le 22 mars 2013, contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Jean-Luc Maradan, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 19 février 2013 et au maintien des prestations d'indemnités journalières qu'il a reçues. A l'appui de ses conclusions, il considère que l'autorité intimée a procédé avec arbitraire en ne tenant pas compte des précisions apportées par le Dr C. _____ le 29 juin 2012, précisant les termes équivoques existants dans son rapport du 26 mars 2012. Il ajoute qu'en 2003, les lombalgies n'ont été que signalées, sans qu'aucun examen ne soit effectué, et qu'elles n'étaient qu'occasionnelles. A ce titre, il joint une copie du rapport de consultation du 30 janvier 2003. Selon lui, le simple fait de parler de ces troubles n'est pas suffisant pour les qualifier de maladie. Au vu des extraits de prestations, produits par son ancienne caisse, il souligne qu'il est manifeste qu'aucun traitement ayant trait à ses lombalgies n'a été administré et suivi en 2003. Il soutient finalement que les rapports des autres médecins ne permettent pas de justifier les conclusions de la décision litigieuse s'agissant de la naissance de la pathologie ayant causé

l'incapacité de travail. Selon lui, la décision ne se fonde que sur un courrier équivoque. Dans ses observations du 7 mai 2013, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, elle estime que l'assuré devait indiquer les troubles lombaires lors de la procédure d'admission. Elle considère que le rapport du Dr C. _____ du 26 mars 2012 n'était pas équivoque, et que seuls les éléments en ressortant, à l'exclusion de ceux présents dans le rapport ultérieur, peuvent être pris en compte. Elle met également en doute les autres affirmations du recourant. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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 auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Selon l'art. 69 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), les assureurs peuvent exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible (al. 1). Les réserves sont caduques au plus tard après cinq ans. Avant l'échéance de ce délai, l'assuré peut fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée (al. 2). La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne (al. 3). Les al. 1 à 3 sont applicables par analogie en cas d'augmentation du montant des indemnités journalières et de réduction du délai d'attente (al. 4). L'art. 16 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, édition du 1er mars 2008, partie intégrante du contrat d'assurance d'espèce (dispositions

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 finales du contrat), prescrit que les personnes qui, au moment où elles présentent leur demande d'adhésion, souffrent d'une maladie, d'un accident ou des suites d'un accident sont assurées sous réserve de ceux-ci (ch. 1). Sont aussi l'objet d'une réserve les maladies, accidents ou suites d'un accident dont l'assuré a souffert antérieurement à l'adhésion, si selon l'expérience, des rechutes sont possibles (ch. 2). Les réserves instituées sont caduques au plus tard après 5 ans (ch. 3). Selon la jurisprudence relative à l'art. 69 LAMal, reprenant les principes déjà applicables sous l'ancienne législation, si la caisse n'a pas formulé de réserve lors de l'admission ou de l'augmentation des prestations assurées, elle ne peut le faire après coup (dans un certain délai) qu'en cas de réticence. La jurisprudence a qualifié de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en la passant sous silence de manière fautive (et non pas « dolosive »), une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute que l'assuré connaissait ou aurait dû connaître en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait exiger de lui (ATF 125 V 292 consid. 2; ATF 124 V 118 consid. 3b, 111 V 28 consid. 1b, 110 V 310 consid. 1 in fine; arrêts du Tribunal fédéral K 119/00 du 15 mars 2001 consid. 3a et 9C_443/2012 du 22 janvier 2013 consid. 4.1). b) D'après la jurisprudence, commet une grave négligence celui qui, violant des préceptes de prudence élémentaire, ne prête pas attention à ce qui aurait sauté aux yeux de tout homme sensé se trouvant dans la même situation et dans les mêmes circonstances (ATF 106 V 22). L'obligation de renseigner ne s'étend pas à des indispositions survenues sporadiquement, qu'en toute bonne foi on peut considérer comme des atteintes passagères et sans importance au bien-être physique, tels les refroidissements, les infections grippales, les fièvres et les nausées. Le candidat, qui, taisant ces indispositions, ne devait pas les tenir pour des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas de manière fautive son devoir de renseigner (ATF 106 V 170) et on ne saurait lui faire grief de taire des troubles de

santé d'une telle insignifiance. En revanche, si les troubles de peu d'importance éveillent des soupçons et permettent de supposer qu'ils sont les symptômes d'une maladie qui commence peut-être à se manifester ou d'une maladie n'ayant pas encore pu être surmontée, le candidat à l'assurance doit les mentionner dans la déclaration sur son état de santé (RAMA 1989 p. 405; RAMA 1981 p. 37). Ainsi, les juges fédéraux ont-ils admis qu'une migraine ne saurait être assimilée à un épisode sans importance pour l'avenir, si le médecin traitant a dit au patient, avant que celui-ci ait demandé d'être admis dans la caisse, que l'incident n'était pas clos et qu'il fallait radiographier la vésicule biliaire (RAMA 1968 n° 23 p. 1). De même, le fait que l'assuré ait omis de mentionner qu'il avait subi de nombreuses séances de psychothérapie chez un psychiatre, dont une partie lui avait déjà été facturée, est constitutif de réticence (ATF 109 V 36). Pour fixer le degré de culpabilité du candidat à l'assurance, il faut prendre en considération, entre autres éléments, quelle signification il a attribué à la maladie tue ou au traitement suivi. Il n'est notamment pas possible de taire un traitement médical qui a eu lieu peu avant l'établissement de la demande d'admission et qui a, en tout cas, duré plus d'un mois; surtout par rapport à une maladie pour laquelle l'intéressé devait s'attendre à une réserve éventuelle (RJAM 1970 p. 222). Il y a lieu en outre d'attacher une importance particulière au fait que le recourant n'avait pas l'intention dolosive de se procurer, par de fausses déclarations, un avantage financier, et de causer ainsi un préjudice à la caisse-maladie (RAMA 1978 p. 101). Le comportement du candidat doit également s'apprécier en fonction de la précision du questionnaire établi par la caisse (RAMA 1978 p. 3; RAMA 1975 p. 147). Ainsi, s'agissant d'une formule ne comprenant que deux questions "Etes-vous en parfaite santé ?" et "Etes-vous atteint d'une maladie ou d'une infirmité ? Laquelle ?", le TFA a admis que le candidat est en droit de conclure que la caisse ne s'attend qu'à des informations sommaires et abstraites; aussi ne sont-ce pas des exigences strictes qui doivent être mises à son obligation de répondre avec soin. Dans ce cas d'espèce, il a reconnu que le candidat, qui se sentait bien et pouvait admettre que l'affection passée était guérie après

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 oblitération chirurgicale de ses varices, était autorisé à répondre "non" à la question relative à l'existence de maladies ou d'infirmités. D'après cette jurisprudence, le recourant ne s'est rendu coupable d'aucune violation de l'obligation d'annoncer, du fait que la formule de la caisse ne posait pas de question sur des maladies antérieures (RAMA 1979 n° 387 p. 261). Cela est également le cas lorsque la caisse, de façon plus générale, renonce à demander à un candidat de lui remettre une déclaration de santé (RAMA 1989 n° 807 p. 198 consid. 2). Lorsqu'une personne a été admise à tort dans une caisse, sur la foi d'un questionnaire rempli de manière contraire à la vérité, ladite caisse est en droit de rétablir l'ordre statutaire violé par cette infraction, soit de ramener la couverture d'assurance à ce qu'elle aurait été à défaut de réticence. Cependant, cela n'est possible que s'il est manifeste qu'en présence d'une formule de demande d'admission remplie de manière conforme à la vérité, la caisse n'aurait pas assuré des prestations supérieures aux minima légaux et statutaires, notamment parce que l'état de santé très compromis de l'assuré aurait présenté un grand risque pour elle. La simple possibilité est à cet égard insuffisante, le rétablissement de l'ordre transgressé étant réalisé, dans cette hypothèse, par l'introduction d'une réserve rétroactive (RAMA 1980 n° 403 p. 60). 3. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant a passé sous silence, au moment de son adhésion à l'assurance-maladie Philos, des faits importants pour l'estimation de son risque par ladite assurance. L'assuré avait alors répondu par l'affirmative à la question "êtes-vous en bonne santé?" (question 1). Il avait donné une réponse négative aux autres

questions, notamment "avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical?" (question 2), "prenez-vous actuellement des médicaments?" (question 5) et "avez-vous suivi des cures thermales prescrites par un médecin?" (question 8). Il ressort du dossier que l'assuré a consulté le Dr C. _____, médecin généraliste, le 30 janvier 2003 en raison de douleurs de la main droite. Lors de cette consultation, la présence de lombalgies et des sciatalgies occasionnelles avait été mentionnée par le recourant (rapport de consultation du 30 janvier 2003, bordereau recourant, pièce 16). En 2003, l'assuré souffrait donc déjà de lombalgies occasionnelles. Celles-ci étaient d'une importance suffisante pour qu'il en parle à son médecin traitant, alors que la visite médicale avait principalement trait à des douleurs de la main droite et à la présence de kystes à la nuque (bordereau recourant, pièce 16, 20 et 21). La présence de telles douleurs, dès 2003 et jusqu'à ce jour, est confirmée par d'autres éléments du dossier de la cause. Dans un rapport du 20 avril 2011, le remplaçant du Dr C. _____, absent, avait alors affirmé la présence de "troubles dégénératifs lombaires douloureux sur spondylolisthésis", présents "en tout cas depuis 2003", dans la rubrique "diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail". Dans l'anamnèse, il a ajouté: "douleurs lombaires et sciatalgies droites depuis 2001 environ" (dossier Philos, pièce 7). Dans son expertise du 6 décembre 2011, le Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a retenu les diagnostics de "lombalgies basses sur spondylolisthésis L5 et arthrose lombaire (depuis plusieurs années)" et de "rhizarthrose droite". Dans l'anamnèse, le médecin souligne que jusqu'en 2010, l'assuré pouvait porter des quartiers de viande jusqu'à 70 kg, ce qui n'est plus possible désormais. Il indique que "depuis de nombreuses années, [l'assuré] a souffert de lombalgies qui amenaient des blocages transitoires. Les blocages ont augmenté en fréquence depuis dix ans et surtout les douleurs sont devenues intenses lorsqu'il doit porter des charges depuis deux ans" (dossier Philos, pièce 19). L'expert confirme ainsi clairement la présence de lombalgies depuis 2001, les blocages en résultant augmentant progressivement en fréquence.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Dans son rapport du 26 mars 2012, le Dr C. _____ a indiqué suivre l'assuré depuis "le 30 janvier 2003, date à laquelle il [l'avait] consulté pour des lombalgies avec sciatalgies droites. Avec un traitement antiinflammatoire ces sciatalgies s'étaient améliorées; cependant [l'assuré] a présenté au long des années suivantes des lombalgies chroniques nécessitant une médication antiinflammatoire régulière". Le médecin déclare que le traitement entrepris "consiste en un traitement médicamenteux (arthrotec depuis 2003, renouvelé à plusieurs reprises au cours des années suivantes)" (dossier Philos, pièce 31). Il confirme la présence de ces lombalgies trois jours après la première décision du 26 juin 2012, ajoutant que le "traitement antiinflammatoire d'Arthrotec 50 avait été prescrit pour les douleurs de la main droite qu'il présentait, d'aspect rhumatismal. Ce traitement d'Arthrotec ayant également soulagé le problème lombaire, [il avait] prescrit par la suite à nouveau ce médicament" (rapport du 29 juin 2012, bordereau recourant, pièce 12). Au vu de ce qui précède, en raison de la durée sur laquelle se sont étendues ces lombalgies et leur aggravation progressive, le recourant ne pouvait, de bonne foi, les assimiler à des indispositions sporadiques et sans importance. Le fait qu'il ait pu apparemment travailler comme boucher et traiteur, métier physiquement contraignant, sans subir d'incapacité de travail ne dispense pas de renseigner la caisse sur l'existence de ces douleurs, quand bien même celles-ci n'avaient pas encore fait l'objet d'un diagnostic. Un candidat à l'assurance doit mentionner même des troubles de peu d'importance s'ils éveillent des soupçons et permettent de supposer qu'ils sont les symptômes d'une maladie qui commence peut-être à se manifester. Or, compte tenu du caractère chronique et durable des

lombalgies, l'assuré pouvait, sinon supposer la présence d'une future maladie, du moins se rendre compte que ce fait tombait sous le coup des questions posées au sujet de son état de santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral K 152/00 du 17 juillet 2011 consid. 5). La Cour constate dès lors qu'en répondant par l'affirmative à la question 1 "êtes-vous en bonne santé?", l'assuré a violé son obligation de renseigner. Il convient, à ce titre, d'admettre l'existence d'une réticence. 4. En présence d'une réticence relative à la question 1 "êtes-vous en bonne santé?", il convient de déterminer si, en statuant le 26 juin 2012, la caisse intimée a trop tardé à instituer une réserve. a) Selon la jurisprudence, lorsque l'assureur n'a pas formulé de réserve au moment de l'admission de l'assuré, il conserve la possibilité de le faire ultérieurement en cas de réticence de ce dernier, en rendant une décision formelle dans le délai d'un an à compter du moment où il a eu ou aurait dû avoir connaissance de l'attitude répréhensible de l'assuré, mais au plus tard cinq ans depuis ledit comportement (arrêt du Tribunal fédéral K 124/01 du 24 mai 2002; ATF 110 V 309 consid. 1). Ce principe jurisprudentiel est fondé sur l'application analogique de l'art. 47 al. 2 LAVS, qui prévoit que le droit des caisses de compensation de demander la restitution des prestations indûment touchées se prescrit par une année à compter du moment où la caisse a eu connaissance du fait, mais au plus tard par cinq ans après le paiement de la rente (ATF 112 V 185 consid. 3b). Il s'agit d'un délai de déchéance, en ce sens que ce droit est périmé après une année à compter du jour où la caisse a eu ou aurait dû avoir connaissance de l'attitude répréhensible de l'assuré, mais au plus tard cinq ans depuis ledit comportement de l'assuré (ATF 112 V 185 consid. 3b). S'agissant de la péremption du droit des caisses d'instituer une réserve rétroactive, le point de savoir quand la caisse aurait dû avoir connaissance de l'attitude répréhensible de l'assuré doit être tranché en tenant compte de l'attention raisonnablement exigible de la part de la caisse selon les circonstances du cas concret. Ce devoir d'attention implique notamment que la caisse procède au besoin – c'est-à-dire si les renseignements d'ordre médical dont elle dispose le justifient – à une

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 enquête sur l'état de santé de l'assuré ou du candidat à l'assurance. A cet égard, il faut rappeler la jurisprudence d'après laquelle la caisse ne peut pas invoquer la réticence commise par un candidat à l'assurance qui a violé fautivement son obligation de la renseigner sur son état de santé si, lors de l'admission de l'intéressé, la caisse connaissait effectivement les faits passés sous silence, ou si elle "aurait dû connaître" ces faits; or, il a été précisé, dans ce contexte, que la caisse n'est pas tenue de procéder spontanément, dans chaque cas, à une enquête sur d'éventuelles maladies antérieures de l'intéressé ou sur les prestations d'assurance qui pourraient lui avoir été allouées précédemment. On ne peut pas l'exiger de sa part si le candidat ne lui fournit aucune indication, fût-elle sommaire, justifiant de telles investigations. Mais, lorsque la caisse omet d'effectuer des recherches raisonnablement exigibles dans des circonstances telles qu'il serait contraire au principe de la bonne foi que d'imputer une faute à l'assuré, il n'est pas admissible de prononcer une sanction à l'encontre de ce dernier ou de lui imposer une réserve rétroactive (ATF 112 V 185 consid. 3c et les références). b) En l'espèce, il ressort du dossier de la cause que la Caisse savait, dès réception du rapport médical du 20 avril 2011 du remplaçant du Dr C. _____, que l'assuré avait des douleurs lombaires depuis 2001 et que ce diagnostic influençait sa capacité de travail depuis 2003 au plus tard (dossier Philos, pièce 7). Dès cette date, le 29 avril 2011, l'autorité intimée était raisonnablement en mesure de s'apercevoir qu'en répondant par l'affirmative à la question 1 "êtes-vous en bonne santé?", l'assuré pouvait avoir violé son obligation de renseigner et, par ce fait, constater, ou à tout le moins soupçonner, l'existence d'une réticence. En outre, ce fait a été confirmé

ultérieurement par l'expertise du 6 décembre 2011, du Dr D. _____ (dossier Philos, pièce 19), et le rapport du 26 mars 2012, du Dr C. _____ (dossier Philos, pièce 31). A ce titre, l'autorité intimée était manifestement en mesure de rendre une décision sur ce point avant l'échéance du délai de péremption, soit à fin avril 2012. Par conséquent, en rendant une décision le 26 juin 2012, l'autorité intimée a trop tardé et son droit était alors périmé. Dans de telles circonstances, elle n'était plus en droit d'instituer la réserve litigieuse. 5. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition du 26 juin 2012 annulée. Partant, la réserve d'assurance rétroactive sur réticence, dont le libellé est lombalgies chroniques, d'une durée de cinq ans, est supprimée. Les prestations d'indemnités journalières perçues par le recourant depuis le 1er février 2011 sont maintenues. Dans la mesure où, sur le principe, le recourant continue à avoir droit à des prestations en lien avec ses lombalgies, il appartiendra à l'autorité intimée de traiter l'opposition du 18 janvier 2012 contre la décision du 11 janvier 2012. Il n'est pas perçu de frais de justice, conformément au principe de la gratuité applicable en la matière. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Ils seront fixés conformément aux dispositions applicables en matière de tarif, soit sur la base d'un tarif horaire de 230 francs. Selon la liste de dépens produite par son mandataire le 4 décembre 2014, les honoraires et débours se montent à 2'990 francs (13 x 230 francs), respectivement 243 francs (dont 178 francs de photocopies à 50 centimes). Cependant, le réexamen de la liste de frais, montre qu'au lieu de limiter les frais à indemniser à la seule procédure devant la Cour de céans, il a également intégré dans son calcul des opérations antérieures à la décision sur opposition litigieuse du 19 février 2013, qui n'avaient pas à être indemnisées au niveau cantonal. Ainsi, pour la période courant de la décision sur opposition litigieuse à la date du présent jugement, les dépens se montent à 1'879 fr. 10 (230 x 8,17 heures).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 En outre, il convient de rappeler que les photocopies sont indemnisées à raison de 40 centimes par copie (cf. art. 9 al. 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif JA; RSF 150.12]), le mandataire les facturant à 50 centimes. Partant, pour la période courant de la décision sur opposition litigieuse à la date du présent jugement et compte tenu également des autres frais allégués (frais de téléphone, courriels, frais postaux), les débours sont fixés à 121 fr. 50 (250 photocopies x 40 ct. + 21 fr. 50). Au vu de ce qui précède, les honoraires et débours sont fixés à 2'000 fr. 60. Compte tenu de la TVA à 8%, par 160 fr. 05, le recourant a droit à une indemnité de partie de 2'160 fr. 65, intégralement mise à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête: I. Le recours de A. _____ est admis. Partant, la décision sur opposition du 26 juin 2012 de Philos Assurance maladie SA est annulée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. L'indemnité de partie est fixée à 2'000 fr. 60 plus 160 fr. 05 au titre de la TVA, soit à un total de 2'160 fr. 65. Elle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée. IV. Communication. 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. La fixation du montant de l'indemnité de partie peut, dans un délai de 30 jours, faire l'objet d'une réclamation auprès de l'autorité qui a statué, lorsque seule

cette partie de la décision est contestée (art. 148 CPJA). Fribourg, le 26 janvier 2015/pte
Président Greffier

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