

FR_GERICHTE 608 2017 266 vom 5. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_266

FR: FR_GERICHTE 608 2017 266 du 5 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 266 del 5 ottobre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 3

La durée des prestations est de 720 jours dans l'espace de 900 jours consécutifs. Tribunal cantonal TC Page 6 de 8

E. 3.1

Aux termes de l'art. 1a al. 1 et 2 let. a de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), 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 notamment en cas de maladie. Conformément à l'art. 3 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

E. 3.2

Selon l'art. 72 al. 2 1ère et 2ème phr. et al. 3 1ère phr. LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. A défaut d'accord contraire, le droit prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. Le versement d'une indemnité journalière d'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail. Selon l'art. 6 LPGA, auquel renvoie l'art. 72 al. 2 1ère phr. LAMal précité, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Est donc considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état de santé (ATF 114 V 283 consid. 1c; 111 V 239 consid. 1b). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui. En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 114 V 283 consid.

1c et les références). Ces principes, développés sous l'empire de la LAMA, sont également applicables sous le nouveau régime de la LAMal (RAMA 1998 n°45 p. 430).

E. 3.3

Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, il ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

E. 3.4

L'art. 29 de la CTT-MTMB, applicable du fait que l'ancien employeur de l'assuré a son siège à Genève, concerne l'assurance-maladie. Sa lettre a) traite de l'assurance perte de salaire et a la teneur suivante: "1. Pour les cas de maladie, en lieu et place du droit au salaire pour un temps limité (article 324a CO), est instituée une assurance-maladie obligatoire pour tous les travailleurs. 2. Les indemnités journalières couvrent le 80% du salaire brut en cas

de maladie dès le deuxième jour ouvrable pour lequel le médecin atteste une incapacité de travail. Les indemnités sont calculées en fonction du salaire individuel du travailleur et selon l'horaire normal de travail prévu par la convention collective.

E. 3.5

En l'espèce, le recourant est tout d'abord d'avis que son contrat de travail n'a pas pris fin au 30 septembre 2016 et se réfère à la CTT-MTMB, selon laquelle la résiliation du contrat de travail n'est pas possible pendant une incapacité de travail totale après le temps d'essai, ce qui se serait passé en l'espèce. Or, il convient d'emblée de rappeler qu'il n'appartient pas au juge des assurances sociales de se déterminer sur la validité de la résiliation du contrat de travail, qui relève du domaine civil. Il ne ressort par ailleurs pas du dossier que cette résiliation aurait été contestée devant le juge civil. Il y a dès lors lieu de retenir que le contrat de travail a bien pris fin au 30 septembre 2016, conformément à la lettre de licenciement du 13 juillet 2016 (dossier pièce 15).

E. 3.6

Le recourant estime encore avoir droit aux 720 jours d'indemnités journalières prévus par l'art. 29 let. a CTT-MTMB. Le chiffre 6 de cette disposition renvoie toutefois expressément au règlement de l'assurance pour ce qu'elle ne règle pas elle-même. Tel est notamment le cas de la question de la fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations. Dès lors, le recourant est, lorsque son contrat de travail a pris fin, automatiquement sorti du cercle des assurés puisqu'il n'était plus soumis à la Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 convention collective et qu'il ne ressort pas du dossier qu'il aurait été engagé par un autre employeur soumis à la CTT-MTMB. Malgré cela, il se pose la question de savoir si l'assuré serait tout de même resté dans l'assurance collective en vertu de l'art. 71 al. 2 LAMal. En effet, Philos ne l'a renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle que fort tardivement, c'est-à-dire plus de 15 mois après sa sortie du cercle des assurés, alors que la Cour de céans avait déjà été saisie d'un recours contre la décision litigieuse. Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors que le droit aux indemnités journalières doit être nié pour une autre raison. En effet, ce droit est lié à l'incapacité de travail de l'assuré, prémisse que le recourant semble totalement perdre de vue. Or, celle-ci a également pris fin le 30 septembre 2016 puisqu'il ressort tout d'abord des rapports médicaux que les troubles physiques n'ont pas d'influence sur la capacité de travail (rapport du 7 mars 2017 du médecin-conseil, dossier pièce 34). Les troubles psychiques n'ont quant à eux plus d'influence à partir du 1er octobre 2016 (expertise psychiatrique du 27 juillet 2016 du Dr D._____, dossier pièce 19; rapport du 23 septembre 2016 de la Dresse E._____ et du Dr F._____ du RFSM, psychiatres traitants, dossier pièce 30). Quant aux certificats médicaux produits qui concernent une éventuelle incapacité de travail après le 30 septembre 2017, ils ne sont pas du tout motivés, de sorte qu'ils ne sont pas probants (certificats du 15 novembre 2016, du 12 décembre 2016 et du 17 janvier 2017 du Dr H._____, certificat du 15 novembre 2016 du Dr G._____ du RFSM, tous sous dossier pièce 39). Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité intimée a considéré que le recourant n'a plus droit à des indemnités journalières à partir du 1er octobre 2016. 4. Partant, le recours est rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Succombant, le recourant n'a pas droit à des dépens. (dispositif sur la page suivante) Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. 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 5 octobre 2018/cso Le Président:
La Greffière-rapporteuse:

E. 4

Dans les cas de maladie ayant fait l'objet d'une réserve, la durée des prestations sera ramenée aux normes admises par les tribunaux des prud'hommes pour les cas de maladie.

E. 5

Moyennant versement régulier des contributions mises à leur charge, les employeurs sont libérés de toute obligation découlant de l'article 324a CO en cas de maladie, même si le travailleur a négligé de s'assurer.

E. 6

Pour le surplus, le règlement de l'assurance est applicable.

E. 7

En cas d'accident reconnu par la SUVA, l'assurance paie, sans supplément de prime, 80% du salaire brut dès la survenance de l'accident et les deux premiers jours suivant le jour de l'accident.

E. 8

En outre, l'assurance prend en charge les heures perdues lors d'accidents bagatelles." Les Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal jointes au contrat cadre liant la Conférence paritaire de la Métallurgie du Bâtiment Genève et le Groupe Mutuel, dont fait partie Philos, prévoient à l'art. 11 que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations prend fin notamment lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés (al. 2 let. a) mentionné dans le contrat (art. 6 al. 1). Le contrat cadre indique qu'est notamment assuré le personnel d'exploitation soumis à la convention collective (p. 4). Dans les deux cas, cette couverture cesse toutefois sous réserve du passage à l'assurance individuelle (art. 12). Ce passage à l'assurance individuelle est régi par l'art. 71 LAMal. L'alinéa 1 prévoit notamment que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. L'alinéa 2 précise que l'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle et que, s'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective.