

NE_GERICHTE TA.1996.268 vom 23. Oktober 1997

NE Tribunal cantonal, 1997-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.1996.268

FR: NE_GERICHTE TA.1996.268 du 23 octobre 1997

IT: NE_GERICHTE TA.1996.268 del 23 ottobre 1997

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable. 2. Est litigieux en l'espèce le droit aux indemnités journalières de la recourante à partir du 1er janvier 1996. La nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est entrée en vigueur à cette date. Mais, selon l'article 103 al.2 LAMal, les indemnités journalières dont le versement est en cours lors de l'entrée en vigueur de cette loi et qui résultent de l'assurance d'indemnités journalières auprès de caisses reconstruites devront encore être allouées pendant deux ans au plus, conformément aux dispositions de l'ancien droit sur la durée des prestations. Le litige doit donc être tranché sur la base de l'article 12 bis LAMA et de la jurisprudence y relative, dont les principes restent au demeurant applicables aussi sous le régime de la nouvelle loi, celle-ci reprenant aux articles 67 ss pour l'essentiel les règles en vigueur antérieurement.

3. a) Selon l'article 12 bis LAMA, les caisses doivent, au titre de l'assurance d'une indemnité journalière, allouer une telle indemnité en cas d'incapacité de travail. Cette dernière notion se retrouve dans plusieurs textes du droit des assurances sociales, sans être définie. Il est admis qu'elle a le même contenu quel que soit le domaine traité (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, p.106). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, en raison d'une atteinte à la santé, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état (ATF 114 V 283 et les références). Le taux d'incapacité est fonction de l'empêchement effectif rencontré par l'assuré dans l'exécution de son travail, compte tenu de ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui. Exprimé généralement en pour cent, il doit être fixé de façon concrète dans chaque cas, car la seule évaluation médico-théorique n'est pas déterminante (ATF 114 précité, Locher, p.107-108). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, le taux d'incapacité de travail s'apprécie au regard de la profession de l'assuré aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle; ce taux s'apprécie ensuite au regard de l'ensemble du marché du travail, compte tenu, le cas échéant, d'une période d'adaptation; l'assuré qui s'abstient alors d'utiliser sa capacité résiduelle est jugé sur l'activité professionnelle qu'il pourrait avoir en y mettant de la bonne volonté, le défaut de volonté n'étant excusable que s'il procède d'une maladie, les tares caractérielles n'ayant pas cette nature (Jean-Louis Duc, Statut des invalides dans l'assurance-maladie d'une indemnité journalière, SZS 1987, p.178 et les nombreuses références jurisprudentielles). L'assuré doit s'efforcer de réduire au maximum le dommage, c'est-à-dire qu'il doit faire tout ce qui est raisonnablement exigible de lui pour diminuer la durée de la maladie ou, en cas d'incapacité partielle, utiliser au mieux la force de travail qui lui reste (ATF 114 précité; Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 1994, p.294-295). Enfin, pour apprécier une incapacité alléguée de travail, la caisse-maladie, le cas échéant le juge, a besoin d'informations que

seul un médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; RCC 1982, p.36). b) Selon la jurisprudence, un assuré qui bénéficie d'une rente de l'assurance-invalidité continue d'avoir droit aux indemnités journalières pour perte de gain dues par sa caisse-maladie, conformément à l'article 12 bis al.3 LAMA. Autrement dit, la caisse-maladie ne peut supprimer ni réduire ses prestations du seul fait que, de malade, l'assuré est devenu invalide. La seule limite légale au droit de l'assuré de toucher les indemnités journalières durant 720 jours dans une période de 900 jours est l'interdiction de la surassurance (ATF 120 V 60 cons.1 et les références). c) En principe, les décisions de rente de l'assurance-invalidité n'ont pas à proprement parler de force contraignante pour les caisses-maladie quant à l'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMA. Les caisses-maladie peuvent par conséquent déterminer de manière indépendante quelle est la perte de gain, déterminante pour le droit aux indemnités journalières, lorsqu'un changement de profession s'impose compte tenu de l'obligation de diminuer le dommage. Cependant, une instruction correcte du cas implique que la caisse-maladie dont l'opinion diverge de celle de l'assurance-invalidité prenne connaissance du dossier AI et vérifie son point de vue afin de rechercher une solution concordante. A cet égard, les caisses-maladie devraient s'en tenir à une évaluation de l'invalidité par l'AI et s'en écarter seulement en cas de doute sérieux sur l'exactitude de l'évaluation (ATF 114 V 291 cons.b). 4. a) L'intimée invoque ses conditions générales pour l'assurance perte de gain S. qui couvre, par des indemnités journalières, la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie et/ou d'accident (art.1, 3). Selon l'article 14 ch.4 des conditions générales, il incombe à l'assuré de prouver le montant de la perte de gain entraînée par son incapacité de travail. L'intimée considère que la recourante ne peut manifestement pas faire valoir une telle perte de gain effective à 100 % parce que, en remettant son établissement au 30 septembre 1995, elle a renoncé à tout revenu pour la part de 50 % pour laquelle elle était encore capable de travailler. De plus, selon l'intimée, elle n'avait plus l'intention d'utiliser cette capacité de travail résiduelle dès lors qu'elle n'a jamais apporté la preuve qu'elle aurait été en mesure de travailler et de réaliser un gain chez un autre employeur ou dans une activité indépendante. b) On ne saurait suivre la caisse dans ce raisonnement. Puisque la recourante a abandonné l'exercice de son activité professionnelle antérieure, la question est de savoir si elle aurait pu, nonobstant sa maladie, continuer de travailler dans son métier et, le cas échéant, dans quelle mesure. En outre, compte tenu de l'obligation de l'intéressée de réduire son dommage, il y aurait lieu d'examiner quelle serait son incapacité de travail dans une autre activité adaptée à son état de santé, l'incapacité de gain qui résulterait de la comparaison entre son ancien revenu et celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible étant alors déterminant pour le droit aux indemnités journalières. Ces questions n'ont pas été examinées par la caisse-maladie. A elle seule, la constatation que l'intéressée présentait à dire de médecin une incapacité de travail de 50 % lorsqu'elle a remis son établissement public, et ceci jusqu'au 31 décembre 1995, ne suffit pas pour conclure, comme l'a fait la caisse-maladie que, sauf preuve contraire, l'assuré ne travaille plus alors même qu'elle le pourrait au moins à mi-temps. Que l'intéressée n'ait pas mis à profit sa capacité résiduelle de travail de 50 % entre octobre et décembre 1995 n'est pas déterminant en soi non plus, car lorsque l'assuré est empêché par la maladie de continuer la profession qu'il exerçait précédemment et que l'on peut exiger de lui qu'il emploie dans une autre branche professionnelle sa capacité de travail, un laps de temps

suffisant doit lui être accordé, avant que l'indemnité journalière ne soit suspendue, pour lui permettre de trouver un travail adéquat. Un laps de temps de trois à cinq mois est généralement considéré comme approprié à cet égard (ATF 111 V 239, 104 V 144; RJAM 1983 no 533, p.114, 1978 no 319, p.90, 1971 no 86, p.11). A cela s'ajoute le fait que la requérante a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière avec effet au 1er août 1995. Compte tenu des principes qui régissent le droit à la rente d'invalidité (art.28 LAI), cela signifie qu'il a été reconnu à l'intéressée une incapacité de gain de 2/3 au moins dans son ancien métier et qu'une réadaptation professionnelle dans une autre activité, susceptible de diminuer ou de supprimer son incapacité de gain, n'a pas été jugée possible par les organes de l'AI. Sans un examen circonstancié de ces éléments, lequel implique aussi l'étude du dossier de l'office AI, on ne saurait en tout cas limiter l'indemnité journalière à 50 % alors même que l'incapacité de travail est, d'après le médecin traitant, totale depuis le 1er janvier 1996. Il s'ensuit que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à la caisse intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 5. En matière d'assurance-maladie, la procédure est gratuite. Vu l'issue du litige, la requérante a droit à des dépens (art.87 litt.a et g LAMal).

E. 12

bis al.3 LAMA. Autrement dit, la caisse-maladie ne peut supprimer ni réduire ses prestations du seul fait que, de malade, l'assuré est devenu invalide. La seule limite légale au droit de l'assuré de toucher les indemnités journalières durant 720 jours dans une période de 900 jours est l'interdiction de la surassurance (ATF 120 V 60 cons.1 et les références).

c) En principe, les décisions de rente de l'assurance-invalidité n'ont pas à proprement parler de force contraignante pour les caisses-maladie quant à l'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMA. Les caisses-maladie peuvent par conséquent déterminer de manière indépendante quelle est la perte de gain, déterminante pour le droit aux indemnités journalières, lorsqu'un changement de profession s'impose compte tenu de l'obligation de diminuer le dommage. Cependant, une instruction correcte du cas implique que la caisse-maladie dont l'opinion diverge de celle de l'assurance-invalidité prenne connaissance du dossier AI et vérifie son point de vue afin de rechercher une solution concordante. A cet égard, les caisses-maladie devraient s'en tenir à une évaluation de l'invalidité par l'AI et s'en écarter seulement en cas de doute sérieux sur l'exactitude de l'évaluation (ATF 114 V 291 cons.b).

4. a) L'intimée invoque ses conditions générales pour l'assurance perte de gain S. qui couvre, par des indemnités journalières, la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie

et/ou d'accident (art.1, 3). Selon l'article 14 ch.4 des conditions générales, il incombe à l'assuré de prouver le montant de la perte de gain entraînée par son incapacité de travail. L'intimée considère que la recourante ne peut manifestement pas faire valoir une telle perte de gain effective à 100 % parce que, en remettant son établissement au 30 septembre 1995, elle a renoncé à tout revenu pour la part de 50 % pour laquelle elle était encore capable de travailler. De plus, selon l'intimée, elle n'avait plus l'intention d'utiliser cette capacité de travail résiduelle dès lors qu'elle n'a jamais apporté la preuve qu'elle aurait été en mesure de travailler et de réaliser un gain chez un autre employeur ou dans une activité indépendante.

b) On ne saurait suivre la caisse dans ce raisonnement. Puisque la recourante a abandonné l'exercice de son activité professionnelle antérieure, la question est de savoir si elle aurait pu, nonobstant sa maladie, continuer de travailler dans son métier et, le cas échéant, dans quelle mesure. En outre, compte tenu de l'obligation de l'intéressée de réduire son dommage, il y aurait lieu d'examiner quelle serait son incapacité de travail dans une autre activité adaptée à son état de santé, l'incapacité de gain qui résulterait de la comparaison entre son ancien revenu et celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible étant alors déterminant pour le droit aux indemnités journalières. Ces questions n'ont pas été examinées par la caisse-maladie. A elle seule, la constatation que l'intéressée présentait à dire de médecin une incapacité de travail de 50 % lorsqu'elle a remis son établissement public, et ceci jusqu'au 31 décembre 1995, ne suffit pas pour conclure, comme l'a fait la caisse-maladie que, sauf preuve contraire, l'assurée ne travaille plus alors même qu'elle le pourrait au moins à mi-temps. Que l'intéressée n'ait pas mis à profit sa capacité résiduelle de travail de 50 % entre octobre et décembre 1995 n'est pas déterminant en soi non plus, car lorsque l'assuré est empêché par la maladie de continuer la profession qu'il exerçait précédemment et que l'on peut exiger de lui qu'il emploie dans une autre branche professionnelle sa capacité de travail, un laps de temps suffisant doit lui être accordé, avant que l'indemnité journalière ne soit suspendue, pour lui permettre de trouver un

travail adéquat. Un laps de temps de trois à cinq mois est généralement considéré comme approprié à cet égard (ATF 111 V 239, 104 V 144; RJAM 1983 no 533, p.114, 1978 no 319, p.90, 1971 no 86, p.11). A cela s'ajoute le fait que la recourante a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière avec effet au 1er août 1995. Compte tenu des principes qui régissent le droit à la rente d'invalidité (art.28 LAI), cela signifie qu'il a été reconnu à l'intéressée une incapacité de gain de 2/3 au moins dans son ancien métier et qu'une réadaptation professionnelle dans une autre activité, susceptible de diminuer ou de supprimer son incapacité de gain, n'a pas été jugée possible par les organes de l'AI. Sans un examen circonstancié de ces éléments, lequel implique aussi l'étude du dossier de l'office AI, on ne saurait en tout cas limiter l'indemnité journalière à 50 % alors même que l'incapacité de travail est, d'après le médecin traitant, totale depuis le 1er janvier 1996.

Il s'ensuit que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à la caisse intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

5. En matière d'assurance-maladie, la procédure est gratuite. Vu l'issue du litige, la recourante a droit à des dépens (art.87 litt.a et g LAMal).

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