

NE_GERICHTE TA.2000.131 vom 13. Juni 2000

NE Tribunal cantonal, 2000-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2000.131

FR: NE_GERICHTE TA.2000.131 du 13 juin 2000

IT: NE_GERICHTE TA.2000.131 del 13 giugno 2000

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la caisse est tenue, d'une part, d'allouer des indemnités journalières pour perte de gain consécutive aux incapacités de travail subies par la recourante du 20 janvier 1994 au 31 décembre 1995 et, d'autre part, de prendre en charge une part des frais médicaux de son assurée durant cette même période. Ce point doit être tranché selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA), la nouvelle loi en la matière (LAMal) du 18 mars 1994 n'étant entrée en vigueur que le 1er janvier 1996.

E. 3

a) L'article 11 al.3 des conditions générales d'assurance de Z. (CGA) dispose que "en cas de maladie ou d'accident entraînant une incapacité de travail, l'assuré doit aviser la compagnie d'assurance Z. dans les 3 jours suivant la décision du médecin traitant. Sauf raison majeure, l'avis donné après ce délai est réputé tardif". L'article 8 al.3 CGA précise que "les prestations peuvent être réduites et, dans les cas particulièrement graves, refusées pour les jours qui précèdent un avis tardif d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident". Enfin, selon l'article 2 al.5 des conditions spéciales d'assurance en matière d'indemnités journalières (CSA P.), "une déclaration expresse doit être faite dès le début de l'incapacité de travail, même en cas d'indemnité journalière différée. Si l'annonce est tardive par faute de l'assuré et que cette circonstance a empêché le médecin-conseil de la compagnie d'assurance Z. de suivre l'évolution de l'incapacité de travail dès son début, l'assuré encourt, à titre de sanction, une réduction de l'indemnité journalière proportionnée à la faute commise. Dans tous les cas, les prestations ne sont pas allouées pour les jours qui précèdent l'avis d'incapacité de travail". Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'obligation faite par une caisse-maladie à ses assurés d'annoncer immédiatement ou dans un certain délai un cas de maladie ou d'accident, avec menace de suspension du droit aux prestations jusqu'à exécution de cette obligation, constitue une règle d'ordre nécessaire, ou en tout cas très utile, à la bonne marche de l'assurance, car elle permet à la caisse-maladie de contrôler les prestations qu'elle verse. Celui qui néglige cette obligation, qu'il connaît ou devrait connaître, doit en supporter les conséquences. Est toutefois réservé le cas où une annonce n'est pas raisonnablement exigible, c'est-à-dire lorsque l'assuré a été empêché d'agir en temps utile pour un motif valable, dans quelle éventualité ce dernier ne saurait encourir de sanction (RAMA 1990 K 829, p.4, 1983 no 523, p.57; ATF 99 V 131-132). Par ailleurs, sur ce dernier point, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la menace d'une sanction ne devait pas planer pendant une durée indéterminée sur celui qui a violé certaines

prescriptions (ATFA 1969, p.5 cons.7), le droit de prendre des mesures disciplinaires s'éteignant un an après le jour où la caisse a connu – ou aurait dû connaître – l'inobservation des prescriptions (ATF 99 V 135). b) En l'occurrence, la caisse intimée admet que son assurée ne pouvait avoir connaissance des lésions préexistantes de la colonne cervicale dont elle était affectée avant que l'expert B. ne les décèle dans son rapport du 6 avril 1995. Elle estime par contre que dès que son assurée a été en possession de ce rapport (à une date qui ne ressort d'ailleurs pas du dossier), elle devait savoir – l'expert ayant signalé que de telles lésions dégénératives étaient de nature à ralentir le processus de guérison – que sa caisse-maladie pouvait être amenée à verser des prestations, de sorte qu'il lui incombait d'annoncer son incapacité de travail dans les plus brefs délais. A cette opinion, la recourante objecte, d'une part, qu'elle a entendu faire vérifier par d'autres praticiens l'avis du Dr B. qu'elle ne pouvait partager dans un premier temps, puis, d'autre part, qu'elle ignorait encore si et dans quelle mesure les autres compagnies d'assurance Y. et X. diminueraient leurs propres prestations en raison de sa maladie préexistante, cette question n'ayant été élucidée qu'en décembre 1996. Aussi ne pouvait-elle, avant cette dernière date qui lui a permis pour la première fois de savoir que les assureurs-accidents précités ne la couvriraient pas de la part de son incapacité de gain due à ses lésions dégénératives, adresser à sa caisse l'avis d'incapacité de travail au sens de l'article 2 al.5 CSA P.. Les motifs exposés par la recourante expliquent certes les raisons pour lesquelles elle n'a pas agi après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr B., en n'annonçant pas son cas immédiatement à la caisse intimée. Toutefois, il est douteux que de telles explications permettent de considérer que l'intéressée se soit trouvée "dans une situation exceptionnelle excusant sa passivité" (ATF 99 V 132), car même si elle pouvait nourrir des doutes sur la pertinence des conclusions du Dr B. ou escompter que les assureurs-accidents l'indemnisent intégralement pour son incapacité de gain, même pour la part de celle-ci due à sa maladie, ces circonstances ne paraissent pas de nature à légitimer son retard à saisir la caisse-maladie de son cas, puisqu'en tout état de cause, elle ne pouvait exclure que celle-ci soit appelée à verser des prestations. La question souffre cependant de rester indéterminée car la caisse intimée n'était de toute façon plus fondée, lorsqu'elle l'a fait, à exciper du retard de l'annonce de son assurée pour lui dénier tout droit à des prestations durant la période précédant le 20 décembre 1996. Il ressort en effet du dossier qu'à cette dernière date le mandataire de la recourante a avisé de façon circonstanciée le cas de l'assurée à la compagnie d'assurance Z., de sorte que celle-ci disposait, à réception de ce courrier déjà, de tous les éléments nécessaires qui lui auraient permis de soulever l'exception d'une annonce tardive. Or non seulement elle ne l'a pas fait, en faisant savoir dans sa réponse du 20 janvier 1997 qu'elle examinait la cause, mais elle s'est de surcroît employée à l'instruire dans le cadre d'un échange important de correspondance avec l'avocat de son assurée, pour n'invoquer en définitive que le 19 janvier 1998 la tardiveté de l'annonce du 20 décembre 1996. A cet égard il importe peu que ledit mandataire ait pu parfois, dans cet échange de correspondance, ne pas faire preuve de toute la diligence requise. Il n'en reste pas moins que si l'intimée a attendu plus d'un an pour soulever l'objection en question qu'elle eût été à même d'émettre dès le départ, on doit retenir, en vertu du principe de la bonne foi, qu'elle a tacitement renoncé à invoquer un tel moyen. D'ailleurs c'est en application de ce principe, comme le rappelle l'Ombudsman de l'assurance-maladie sociale, qu'a été adoptée la jurisprudence selon laquelle le droit pour une caisse de prendre des sanctions s'éteint un an après que celle-ci a eu connaissance du comportement contraire aux prescriptions de l'assuré, droit dont on a vu en l'espèce que l'intimée ne pouvait plus l'exercer le 19 janvier 1998. Il suit de là que la compagnie

d'assurance Z. n'était pas légitimée à se prévaloir de l'annonce tardive de son assurée pour lui refuser des prestations.

E. 4

a) Selon l'article 12 bis al.1 LAMA, les caisses doivent, au titre de l'assurance d'une indemnité journalière, allouer une telle indemnité en cas d'incapacité de travail. Une personne est considérée comme incapable de travailler au sens de cette disposition 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 qu'avec le risque d'aggraver son état (ATF 114 V 283, 111 V 239). Pour déterminer le taux d'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, 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 qu'on peut normalement exiger de lui. Exprimé généralement en pour-cent, le taux d'incapacité doit être fixé de façon concrète dans chaque cas, l'évaluation médico-théorique n'étant à elle seule pas déterminante. Ce taux s'apprécie au regard de la profession de l'assuré aussi longtemps que l'on ne peut raisonnablement attendre de lui qu'il utilise dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle; il s'apprécie ensuite au regard de l'ensemble du marché du travail, compte tenu, le cas échéant, d'une période d'adaptation (ATF 114 précité). L'assuré qui s'abstient alors d'utiliser sa capacité résiduelle est jugé sur l'activité professionnelle qu'il pourrait avoir s'il y mettait de la bonne volonté, l'obligation qui lui incombe de diminuer le dommage étant un principe général du droit des assurances sociales (ATF 115 V 53, 114 V 285, 111 V 239). b) En l'occurrence, la compagnie d'assurance Z. ne s'est nullement déterminée, au sens de ce qui précède, ni sur l'existence d'une incapacité de travail de l'assurée consécutive à ses lésions dégénératives de la colonne cervicale, ni sur l'ampleur de cette incapacité, au regard de sa situation concrète et des estimations de l'expert B. Elle s'est dispensée d'instruire la cause sur ce point en croyant à tort pouvoir se fonder sur l'annonce tardive du cas et en relevant que E. avait de toute façon été complètement indemnisée de sa perte de gain par les assureurs-accidents. Sur ce dernier point, l'intimée se réfère à l'article 5 ch.4 CGA, selon lequel l'assuré ne peut prétendre à l'allocation des prestations souscrites lorsqu'elles sont supérieures à la perte de gain à prendre en considération au sens des conditions d'assurance, lesquelles prévoient, à teneur de l'article 2 ch.3 CSA P., que ce sont les revenus déclarés à l'AVS qui servent de base pour le calcul de la perte de gain en ce qui concerne les indépendants. Or comme il appert que le revenu net déterminant AVS de l'assurée pour les années 1993 et 1994 est de 15'600 francs, celle-ci ne saurait prétendre des indemnités pour perte de gain de sa caisse-maladie du moment que les prestations qu'elle a obtenues à ce titre des assureurs-accidents sont supérieures à ce dernier montant. Cette conclusion est à la fois trop hâtive et repose pour une part sur une démonstration inexacte. Tout d'abord, selon l'article 12 al.2 CGA, les obligations de la compagnie d'assurance Z. sont subsidiaires aux obligations de tiers, assureurs ou non, celle-ci n'allouant ses prestations qu'à la condition que le tiers ait payé les siennes à concurrence de ses obligations. La subsidiarité prévue par cette disposition ne trouve toutefois d'application qu'en cas de responsabilité commune pour le même dommage, de sorte qu'elle ne saurait valoir pour les frais que le tiers ne doit pas assumer, que ce soit de par la loi ou par contrat (ATF 109 V 149; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, p.376; Bundessozialversicherungsrecht, p.301). Or, en l'occurrence, l'intimée n'a pas examiné si les conditions spéciales des assurances perte de gain des compagnies d'assurance Y. X. contiennent ou non une clause prévoyant et permettant une diminution de l'assurance-indemnités journalières en cas de maladies

préexistantes. D'autre part, le dossier ne permet de toute façon pas de déterminer de manière exacte le montant des indemnités pour perte de gain qu'ont versées les assureurs-accidents et le mandataire de la recourante a donné des indications différentes sur ce point puisque, dans une lettre du 24 janvier 1997 (D.6, p.4), il mentionne un montant total de 32'980 francs alors que dans son opposition et dans son recours il fait état d'un montant total de 37'460 francs. Enfin si les revenus déclarés à l'AVS servent de base pour le calcul de la perte de gain, à teneur de l'article 2 ch.3 CSA P., l'intimée devait se référer aux revenus déclarés en 1993 pour les confronter à ceux déclarés en 1994 et 1995, années déterminantes pour la perte de gain à prendre en considération. Elle ne pouvait donc fixer la perte de gain de son assurée à un montant de 15'600 francs correspondant au revenu net déterminant AVS constitué de la moyenne des revenus déclarés en 1993 et en 1994, puisque l'accident étant survenu le 20 janvier 1994, les gains réalisés par E. en 1994 n'ont pu que diminuer en raison de son état de santé. A cela s'ajoute que les décisions de cotisations AVS se fondent sur les revenus nets des assurés et, partant, ne suffisent pas à représenter la perte de gain réelle, étant donné que les frais généraux fixes d'un indépendant courent également durant l'incapacité de travail (loyer, assurances, voiture, etc.). Par conséquent, si la perte de gain pour la période d'incapacité de travail est évaluée, selon les conditions spéciales d'assurance, par la conversion du revenu annuel net prévue dans les décisions de cotisations AVS, les frais généraux fixes de l'entreprise, supportés pendant la maladie, doivent encore être ajoutés au revenu converti (RAMA 1981 no 452, p.145). c) Il suit de là que la cause n'ayant pas été instruite à suffisance, il appartiendra à la caisse intimée d'examiner si les compagnies d'assurance Y. et X. étaient en droit, en application de leurs conditions spéciales d'assurance concernant les indemnités journalières, de réduire leurs prestations en raison de l'état de santé antérieur de l'assurée, en quel cas elle ne saurait se prévaloir de la clause de subsidiarité. Dans cette hypothèse également, il lui incombera de déterminer au sens des considérants qui précèdent le taux d'incapacité de travail de l'assurée attribuable à ses lésions dégénératives de la colonne cervicale et, pour autant que ce taux atteigne 50 % (art.2 ch.4 CSA P.), de lui allouer les indemnités journalières proportionnelles qu'elle peut prétendre, sous réserve encore d'une situation de surassurance (art.26 LAMA; 5 ch.4 CGA).

E. 5

Se prévalant aussi de l'annonce tardive du cas de son assurée, la compagnie d'assurance Z. a au surplus refusé de prendre en charge les frais médicaux qui n'ont pas été acquittés par l'assureur X., aux motifs que E. n'avait pas fourni le détail des prestations qui lui avaient été remboursées et qu'au vu des factures en sa possession, nombre de médicaments et traitements prodigués à l'intéressée ne relevaient pas de ses obligations légales et contractuelles de les prendre en charge. Ce dernier argument ne saurait être déterminant du moment que, dépourvu de motifs explicites, sa pertinence échappe à tout contrôle. Quant à la couverture des frais en question par l'assureur de la compagnie d'assurance X., la recourante a relevé dans son annonce du 20 janvier 1996 qu'elle s'était élevée forfaitairement à un montant de 3'000 francs sur un total de 3'735.60 francs ou plus précisément à hauteur de 3'020 francs selon sa lettre du 21 mars 1997 (D.6, p.5) et ses annexes (lettre du 05.12.1996 à la compagnie d'assurance X. et convention du 23.12.1996 avec ladite assurance). Dans ces conditions, on ne voit pas, dès lors que le règlement de ces prestations est intervenu d'une manière forfaitaire ("pauschal"), que la recourante eût été en mesure de fournir le détail de celles prises en charge par la compagnie d'assurance X., ainsi que le lui demandait la caisse intimée. Partant, les motifs subsidiaires invoqués par celle-ci pour justifier son refus d'entrer en matière sur ce point se révèlent également sans

fondement.

E. 6

De ce qui précède, il appert que la décision entreprise doit être annulée, la cause étant renvoyée à la caisse intimée pour qu'elle se prononce derechef, après un complément d'instruction et conformément aux présents considérants, sur la demande de prestations, concernant aussi bien les indemnités journalières pour perte de gain que les frais médicaux, de la recourante. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art.30 bis al.3 litt.a LAMA). La recourante obtenant partiellement satisfaction a droit à des dépens réduits (art.48 al.1 LPJA).

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