

## VD\_GERICHTE ZE08.012273 vom 25. April 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-04-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE08.012273](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE08.012273)

FR: VD\_GERICHTE ZE08.012273 du 25 avril 2010

IT: VD\_GERICHTE ZE08.012273 del 25 aprile 2010

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 28/08 - 15/2010 CO UR DE S ASSURANCES S  
OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 25 avril 2010

\_\_\_\_\_ Présidence de M. NEU Juges : Mmes Rossier et Moyard, assesseurs  
Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : N. \_\_\_\_\_, à Grasse (France),  
recourant, et Caisse-maladie K. \_\_\_\_\_, à Montreux, intimée, représentée par Me Jean-  
Michel Duc, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 61 let. b LPGA; art. 34 LAMal; art.  
36 OAMal 402

- 2 - E n f a i t : A. N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), de nationalité française, a été engagé dès  
le 13 avril 2007 à 100 % comme chef de cuisine au service de l'E. \_\_\_\_\_, à Montreux,  
propriété de la société Q. \_\_\_\_\_ SA. A ce titre, l'assuré bénéficiait d'une assurance  
collective d'indemnités journalières auprès de la caisse maladie K. \_\_\_\_\_ (ci-après:  
K. \_\_\_\_\_). Le 29 juin 2007, la société Q. \_\_\_\_\_ a licencié l'assuré pour le 31 juillet  
2007, en raison d'une restructuration de l'équipe de cuisine. Selon un compte rendu  
téléphonique du 26 février 2008, N. \_\_\_\_\_ a travaillé le 2 juillet 2007, sans disposer  
d'une autorisation de séjour, et a quitté l'hôtel où il occupait une chambre à Montreux ce  
même jour. Dans un avis médical du 4 juillet 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_, psychiatre à Grasse  
(France), a mis l'assuré en arrêt de travail dès cette date. Dans un formulaire d'annonce  
rempli le 2 octobre 2007 à l'attention de K. \_\_\_\_\_, l'E. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré  
souffrait de dépression, qu'il suivait un traitement auprès du médecin précité et qu'il  
présentait une incapacité de travail de 100 % du 4 juillet au 4 octobre 2007. Par décision du  
11 octobre 2007, K. \_\_\_\_\_ a refusé de verser des indemnités journalières en faveur de  
l'assuré à partir du 4 juillet 2007, faisant valoir qu'il n'y avait eu aucune hospitalisation en  
relation avec l'interruption de travail. Elle s'est ainsi rapportée à l'art. 24 al. 1 et 2 de son  
règlement d'assurance relatif aux indemnités journalières en cas de maladie, édition 2005  
(ci-après: le règlement), ainsi libellé: "La personne assurée qui tombe malade à l'étranger a  
droit aux indemnités journalières uniquement pendant la période durant laquelle elle se  
trouvait hospitalisée. En cas d'hospitalisation à l'étranger, la personne assurée est tenue de  
fournir à K. \_\_\_\_\_ une attestation originale de l'établissement hospitalier concerné. Le  
document doit être traduit dans une des langues officielles reconnues en Suisse".

- 3 - Dans un certificat du 17 octobre 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a attesté d'une hospitalisation  
en milieu spécialisé depuis le 4 juillet 2007. Par décision du 9 novembre 2007, K. \_\_\_\_\_  
a refusé les indemnités journalières pour la période du 3 août au 1er octobre 2007, dès lors  
que l'annonce de l'arrêt de travail de l'assuré lui était parvenue le 2 octobre 2007. Elle a  
également indiqué avoir tenu compte du délai d'attente de 30 jours, soit du 4 juillet au 2  
août 2007. K. \_\_\_\_\_ a expliqué que la prise en charge des indemnités journalières de  
l'assuré commençait le jour de l'annonce, soit le 2 octobre 2007, en se fondant sur l'art. 26  
du règlement, formulé comme suit: "L'employeur ou l'assuré individuel est tenu de déclarer

à K. \_\_\_\_\_ toute maladie ou toute incapacité de travail dans un délai de 30 jours après le début de l'incapacité. S'il fait cette déclaration plus de 30 jours après que la maladie se soit déclarée, aucune prestation n'est versée pour la période allant jusqu'à la date de la déclaration". Le 16 novembre 2007, K. \_\_\_\_\_ a versé en faveur de l'assuré un montant de 3'577 fr. correspondant à une incapacité de travail de 100 % pour la période du 15 au 31 octobre 2007. Dans un courrier du 16 novembre 2007 adressé à la société Q. \_\_\_\_\_ SA, K. \_\_\_\_\_ a indiqué, en se référant à l'art. 24 al. 1 et 2 du règlement, qu'elle refusait de verser les indemnités journalières du 2 au 14 octobre 2007 au motif que l'hospitalisation en relation avec l'interruption de travail avait débuté le 15 octobre 2007. Par courrier du 3 décembre 2007, K. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'elle ne pouvait lui proposer le transfert dans l'assurance individuelle ni n'était en mesure de lui allouer des prestations. A cet égard, elle s'est référé à l'art. 5 let. a du règlement, qui prévoit que seules les personnes qui ont leur domicile ou qui exercent leur activité professionnelle en Suisse peuvent se voir reconnaître la qualité d'assuré. Dans une attestation de résidence du 8 janvier 2008, requis par K. \_\_\_\_\_, l'Office de la population de Montreux a indiqué que l'assuré

- 4 - avait été inscrit au registre des habitants de la commune, comme résident, du 13 avril au 31 octobre 2007. Par décision du 28 janvier 2008, annulant et remplaçant ses précédentes décisions, K. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'elle refusait le versement de la totalité des indemnités journalières dès le début de son arrêt de travail, soit depuis le 4 juillet 2007. Elle a relevé que la totalité du traitement (hospitalisations et suivi médical) de l'intéressé avait été dispensé en France, sans que l'on puisse le qualifier d'urgent dans la mesure où l'intéressé avait regagné son pays dans le but de l'entreprendre. K. \_\_\_\_\_ a en outre écarté le cas d'application de l'art. 25 al. 6 du règlement, formulé comme suit: "K. \_\_\_\_\_ peut autoriser la personne assurée en incapacité de travail à partir à l'étranger à titre exceptionnel, sur demande écrite préalable et munie d'un certificat médical du médecin traitant l'y autorisant, pour une durée de 3 semaines au plus". Dans un rapport du 6 février 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de l'assuré avait nécessité une hospitalisation depuis le 13 octobre 2007, suivie d'une période de repos, précisant qu'il séjournait encore en milieu hospitalier. Le 11 février 2008, K. \_\_\_\_\_ a reçu une opposition formée par l'assuré contre le prononcé du 28 janvier 2008. Par décision sur opposition du 3 avril 2008, K. \_\_\_\_\_ a maintenu sa position, soutenant que la prise en charge de l'incapacité de travail de l'assuré dès le 4 juillet 2007 ne lui incombait pas. Elle fit valoir que l'assuré était devenu malade depuis le 4 juillet 2007 et qu'une hospitalisation avait été nécessaire dès le 13 octobre 2007, de sorte que les suites de l'incapacité de travail du 4 juillet au 12 octobre 2007 ne pouvaient être mises à sa charge. K. \_\_\_\_\_ a précisé que même si une hospitalisation était intervenue dès le 4 juillet 2007, celle-ci n'aurait pas été prise en charge, car l'arrêt de travail lui avait été annoncé le 2 octobre 2007, soit près de trois mois après avoir débuté. Se rapportant à l'art. 5 let. a du règlement précité, K. \_\_\_\_\_ a par ailleurs relevé que l'assuré n'avait plus de résidence en Suisse dès le 2 juillet 2007 et qu'il n'y avait pas repris d'activité professionnelle, de sorte que les

- 5 - conditions d'un transfert de l'assurance collective à l'assurance individuelle n'étaient pas remplies. B. Par acte du 21 avril 2008, N. \_\_\_\_\_ défère cette décision sur opposition au Tribunal cantonal des Assurances afin de "dénouer cette affaire". Il fait valoir qu'il ne peut actuellement se déplacer en Suisse pour rencontrer un avocat, aussi bien pour des raisons de santé que financières et qu'il a été salarié en Suisse. Dans sa réponse du 5 juin 2008, K. \_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, conclut au

rejet du recours dans la mesure où il est recevable et à la confirmation de la décision attaquée. Relevant que l'existence d'une incapacité de travail de l'assuré a été annoncée à K. \_\_\_\_\_ le 2 octobre 2007, l'intimée fait valoir qu'aucune prestation ne peut être versée pour la période allant jusqu'au 2 octobre 2007. Elle allègue que l'assuré n'était plus sous contrat de travail à compter du 1er août 2007, qu'il n'était par conséquent plus affilié dans l'assurance collective de son employeur et n'avait par ailleurs pas la possibilité de passer dans l'assurance individuelle, de sorte qu'il ne saurait prétendre aux prestations d'assurance depuis le 1er août 2007. Enfin, elle observe que c'est à tort que des indemnités journalières par 3'577 fr ont été versées pour la période du 15 au 31 octobre 2007, précisant toutefois renoncer à en réclamer la restitution. Dans sa réplique du 28 août 2008, N. \_\_\_\_\_ exprime en substance son incompréhension face à la situation résultant de son licenciement et fait valoir qu'il a été hospitalisé en France pendant le délai de congé, jusqu'à mars 2008, qu'K. \_\_\_\_\_ lui a refusé à tort les indemnités au motif qu'il ne résidait pas en Suisse, confirmant qu'il n'avait pas d'autorisation de travail. Il invite le tribunal à le renseigner sur la marche à suivre afin d'obtenir un certificat de libre passage. Par courrier du 19 septembre 2008, le juge instructeur a rendu N. \_\_\_\_\_ attentif au fait que son recours et sa réplique paraissaient insuffisamment motivés et ne comportaient pas de conclusions précises et

- 6 - lui a imparti un délai au 6 octobre 2008 pour y remédier. Il a par ailleurs été invité à se constituer une élection de domicile en Suisse. Le recourant n'a donné suite à aucune de ces requêtes. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, le 21 avril 2008. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans ce domaine (art. 93 LPA-VD). c) A teneur de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. En l'espèce, on peut se demander si le recours du 21 avril 2008, tout comme la réplique du 28 août 2008, satisfont aux exigences de forme précitées, respectivement si ces actes comportent une motivation et des conclusions en relation avec l'objet du litige, circonscrit au refus d'indemnités journalières de l'assurance-maladie collective. En effet, l'argumentation du

- 7 - recourant est confuse, relevant davantage du droit du travail que de celui des assurances sociales. La question de la recevabilité formelle du recours peut toutefois demeurer indécidée, dès lors qu'il s'avère voué à l'échec, comme on le verra ci-après. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-maladie collective en raison d'une incapacité de travail survenue à l'étranger, soit en France. a) Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger

pour des raisons médicales (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal, intitulé "Prestations à l'étranger". Selon l'alinéa 1er de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse; une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie (ATF 131 V 271 consid. 3.1 p. 274, 128 V 75). Une exception au principe de la territorialité, selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal, n'est admissible que dans deux hypothèses. Soit il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse, soit il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés pour sa santé (RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est

- 8 - pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 131 V 271 consid. 3.2 p. 275; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2; TF 9C\_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1 et les autres références). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise. Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de "tourisme médical" à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement - et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée - que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. A terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentiel pour la santé publique. C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (ATF 131 V 271 consid. 3.2 et les références citées; 126 V 332 consid. 1b). Il n'est pas prescrit aux caisses-maladie de prendre en charge les frais pour les traitements à l'étranger et de verser l'indemnité journalière durant un séjour à l'étranger. Elles peuvent cependant prévoir ces prestations dans leur statut (ATF 118 V 50 consid. 1; TFA K 180/05 du 21 décembre 2006 consid. 2.1).

- 9 - b) En l'espèce, au vu de la jurisprudence précitée, on ne saurait admettre que le coût du traitement entrepris et suivi par le recourant en France incombe à l'assurance obligatoire des

soins. En effet, consistant en une hospitalisation dans un milieu psychiatrique, respectivement une maison de repos, ce traitement aurait fort bien pu être dispensé en Suisse. Il n'est du reste pas allégué ni démontré qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, aurait comporté pour l'assuré des risques importants et notablement plus élevés pour sa santé. 3. a) Subsiste la question du droit à des indemnités journalières qui pourrait être déduit des dispositions statutaires ou réglementaires. Au vu du dossier, c'est le 2 octobre 2007 que le recourant, par l'intermédiaire de l'E. \_\_\_\_\_ de Montreux, a annoncé à la caisse-maladie intimée qu'il souffrait de dépression, qu'il suivait un traitement auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_ et qu'il présentait une incapacité de travail de 100 % du 4 juillet au 4 octobre 2007. Or, l'art. 26 du règlement de K. \_\_\_\_\_ prescrit que toute maladie ou incapacité de travail doit être annoncée dans un délai de 30 jours après le début de l'incapacité, à défaut de quoi aucune prestation n'est versée pour la période allant jusqu'à la date de la déclaration. On en déduit que le recourant ne peut prétendre à des indemnités journalières avant le 2 octobre 2007, date de l'annonce du cas à l'assureur. b) Par ailleurs, l'art. 24 al. 1 du règlement de la caisse-maladie intimée limite le droit aux indemnités journalières à la période durant laquelle l'assuré se trouve hospitalisé. On en déduit que de telles prestations ne peuvent être versées, en cas de maladie à l'étranger, qu'en cas d'hospitalisation. En l'espèce, se pose la question du début de l'hospitalisation du recourant, dès lors que le Dr Z. \_\_\_\_\_ a tout d'abord attesté d'une hospitalisation depuis le 4 juillet 2007 (certificat du 17.10.2007) puis dès le 13 octobre 2007, sans se référer à une hospitalisation antérieure (rapport du 06.02.2008). On peut toutefois se dispenser de trancher cette question, compte tenu de ce qui suit.

- 10 - c) S'agissant de l'assurance individuelle, l'art. 5 let. a du règlement de K. \_\_\_\_\_ prévoit que les personnes qui ont leur domicile ou qui exercent leur activité professionnelle en Suisse peuvent être assurées. Selon la jurisprudence, un assuré qui transfère son domicile à l'étranger n'a en principe pas droit au libre passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle (TFA K 87/05 du 18 octobre 2006 consid. 2.3 et les références citées); le droit aux prestations d'un assureur-maladie étant lié à l'affiliation, le droit aux prestations n'est plus donné à l'extinction du rapport d'assurance et il est mis fin à celles éventuellement en cours (TFA K 148/05 du 25 août 2006 consid. 4.2). En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant a quitté l'hôtel où il occupait une chambre, à Montreux, le 2 juillet 2007. Il s'est ensuite établi en France sans avoir exercé d'activité professionnelle en Suisse postérieurement à son licenciement. Par ailleurs, licencié pour le 31 juillet 2007, il n'était plus sous contrat de travail, ni donc au bénéfice de l'assurance collective de son employeur dès le mois d'août 2007 (en ce sens: TFA K 148/05 du 25 août 2006 consid. 5 et l'arrêt cité). On retiendra donc avec l'intimée que le recourant, qui ne remplissait pas les conditions d'un libre passage de l'assurance collective de son employeur à l'assurance individuelle, ne pouvait donc plus bénéficier des prestations de la caisse-maladie intimée au plus tôt lorsqu'il a quitté son domicile à Montreux, soit le 2 juillet 2007, respectivement au plus tard une fois la cessation de ses rapports de travail avec la société Q. \_\_\_\_\_ SA, soit dès le mois d'août 2007. 4. Il découle de ce qui précède que le recourant n'a pas droit aux prestations de la caisse-maladie K. \_\_\_\_\_ dès le début de son arrêt de travail, soit depuis le 4 juillet 2007. L'intimée ayant renoncé à la restitution du montant de 3'577 fr. versé à tort en faveur du recourant pour la période du 15 au 31 octobre 2007, il ne se justifie pas de réformer la décision attaquée au détriment du recourant, mais de se borner à constater que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 11 - 5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice. Débouté, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Il est par ailleurs réputé avoir élu domicile au greffe du Tribunal cantonal, ce dont il avait été avisé (art. 17 LPA-VD), le présent arrêt lui étant notifié par voie de publication dans la feuille des avis officiels (art. 44 al. 3 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable. II. La décision sur opposition rendue le 3 avril 2008 par la caisse- maladie K.\_\_\_\_\_ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - N.\_\_\_\_\_, par publication dans la FAO - Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne (pour la caisse-maladie K.\_\_\_\_\_ ) - Office fédéral de la santé publique

- 12 - par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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