

VD_GERICHTE ZE13.037582 vom 7. Januar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE13.037582

FR: VD_GERICHTE ZE13.037582 du 7 janvier 2014

IT: VD_GERICHTE ZE13.037582 del 7 gennaio 2014

Erwägungen

E. 1

a) La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision sur opposition rendue en application des dispositions de la LAMal (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance- maladie; RS 832.10]; art. 56 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). b) La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte que le magistrat instructeur est compétent pour statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée a, à juste titre, refusé le versement d'indemnités journalières durant la période allant du 10 octobre au 4 décembre 2011 (sous réserve du délai d'attente de 30 jours). a) Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, 1ère phrase). L'art. 71 LAMal dispose 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 (al. 1er, 1ère phrase). Celui-ci doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle; s'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective; l'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2).

- 7 - Selon une jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. Cette jurisprudence est également applicable sous le régime de la LAMal, le législateur n'ayant pas apporté de changement à cet égard. Pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal, le droit s'éteint, notamment, en cas de résiliation par l'assuré de l'assurance ou par son exclusion, qui peut être prononcée par l'assureur sous certaines conditions (ATF 125 V 106 consid. 3 p. 110). Lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de

la caisse-maladie (TFA K 100/96 du 23 septembre 1997, reproduit in SVR 1998 KV 5 13 consid. 5c). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances – critiquée par certains (cf. notamment Alfred Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, 1996, p. 42) –, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V 106 consid. 3 et les références citées). C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit 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. Ni la LAMal ni l'OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102) ne contiennent, sous réserve de l'art. 111 OAMal – inapplicable en l'espèce –, de disposition prescrivant aux assurés l'obligation d'annoncer sans retard à leur caisse-maladie la survenance d'un cas d'assurance, singulièrement une incapacité de

- 8 - travail. A fortiori, dans le régime légal, aucune sanction n'est prévue en cas d'avis tardif (ATF 127 V 154 consid. 4a et la référence citée). b) Conformément à la jurisprudence – rendue sous l'empire de la LAMA, mais restant pleinement valable sous l'empire de la LAMal (ATF 127 V 154 consid. 4b) –, en l'absence de dispositions légales, les caisses-maladie peuvent prévoir, dans leurs statuts ou leurs règlements, des prescriptions d'ordre en matière d'obligation d'annoncer un cas d'assurance. Dans ce cadre, elles sont en particulier autorisées à refuser leurs prestations jusqu'au jour où elles reçoivent un avis en bonne et due forme, pour autant qu'on puisse raisonnablement exiger de l'assuré qu'il fasse l'annonce à temps. Toutefois, lorsque l'assuré viole son obligation d'annoncer, aucune sanction ne peut, en règle générale, être appliquée si cette violation apparaît excusable. En particulier, un retard qui n'est pas imputable à une faute ou une négligence de l'assuré ne doit pas entraîner de sanction (ATF 127 V 154 consid. 4a; RAMA 1990 n° K 829 p. 4). En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs-maladie sont toutefois tenus de se conformer aux principes généraux, notamment constitutionnels, régissant toute activité administrative, ce qui implique en particulier le respect de l'égalité de traitement et du principe de proportionnalité (ATF 129 V 53 consid. 1.1; 127 V 154 consid. 4a et 4b; 126 V 499 consid. 2a). c) Dans le régime de l'assurance facultative d'une indemnité journalière, la LAMal (art. 67 ss) n'a pas apporté de grand changement par rapport à la réglementation qui était en vigueur du temps de la LAMA (ATF 126 V 495 consid. 2b et les références citées). La jurisprudence ci-dessus reste donc pleinement valable sous l'empire du nouveau droit d'autant plus que celui-ci attribue désormais un rôle important – renforcé par rapport à l'ancien droit – aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais (ATF 127 V 43 consid. 2d et les références citées; Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 172). Or, la possibilité donnée aux caisses d'instaurer des sanctions en cas d'annonce tardive vise précisément à faciliter un tel contrôle, en ce sens que celui-ci,

- 9 - généralement effectué avec l'aide des médecins-conseils des assureurs, sera d'autant plus aisé à mettre en œuvre et efficace qu'il interviendra rapidement (ATF 127 V 154 consid. 4b et les références citées).

E. 3

a) Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal de l'assureur (CGA), dans leur version – déterminante en l'espèce – en vigueur en 2011, disposent à leur art. 13 ch. 4 qu'en cas d'incapacité de travail totale ou partielle d'un

assuré, l'employeur doit en informer l'assureur dans un délai de 7 jours à compter du début de l'interruption de travail et ce par l'intermédiaire d'un certificat médical émanant d'un médecin reconnu; toutefois, pour les délais d'attente de 30 jours et plus, l'obligation d'informer l'assureur peut se faire dans les 15 jours à compter du début de l'interruption de travail; si le certificat médical d'annonce du sinistre (certificat initial) parvient à l'assureur après ce délai, le jour où il est donné est réputé premier jour d'incapacité de travail et le délai d'attente choisi court à partir de cette date; le droit à l'indemnité journalière assurée existe au plus tôt après ce délai. Etant donné que la recourante avait souscrit un contrat d'assurance avec un délai d'attente de 30 jours, elle devait annoncer à l'intimée l'incapacité de travail au plus tard 15 jours à compter du début de l'interruption de travail et lui transmettre un certificat médical dans un délai de 7 jours dès le début de l'incapacité de travail. En l'espèce, la recourante n'a informé l'intimée de l'incapacité de travail survenue le 10 octobre 2011 que le 23 novembre 2012 et ce n'est qu'à cette date qu'elle a communiqué à l'intimée l'attestation d'incapacité de travail de la Dresse G. _____ établie le 10 octobre 2011. En avisant l'intimée de ce sinistre plus d'une année après sa survenance, il est manifeste que la recourante a annoncé tardivement l'incapacité de travail de son employé à l'assureur. Il en va de même des certificats médicaux des 24 octobre et 28 novembre 2011 de la Dresse G. _____ que l'intimée a réclamés à la recourante par téléphone du 31 janvier 2013 et qui lui ont finalement été remis le même jour, soit plus de deux mois

- 10 - après l'accord amiable du 16 novembre 2012. Etant donné qu'un avis tardif ne justifie toutefois pas une sanction si la recourante peut se prévaloir d'un motif excusable, il convient d'examiner si tel est le cas. b) La recourante soutient que c'est seulement à la suite de l'accord intervenu le 16 novembre 2012 avec l'assuré (délai de congé reporté au 31 décembre 2011) dans le cadre d'une procédure devant le Tribunal des Prud'hommes qu'elle a pu faire valoir le droit à des indemnités journalières en faveur de son employé. Elle prétend qu'avant cette date, elle avait toujours considéré que le congé avec effet immédiat avait été donné valablement et qu'elle n'était donc plus obligée à l'égard de l'assuré. c) En l'occurrence, il sied tout d'abord de constater que la recourante n'a annoncé que le 23 novembre 2012 à l'intimée qu'elle avait licencié l'assuré avec effet au 31 décembre 2011 (cf. réponse de l'intimée du 4 octobre 2013, n°9, p. 6), élément qui n'a pas été contesté par la recourante. Jusqu'à cette date, il convient de retenir que l'assuré n'était pas sorti du cercle des assurés. Si la recourante entendait, comme elle le prétend, n'être plus obligée à l'égard de l'assuré dès le 10 octobre 2011, elle aurait dû à cette date annoncer à l'intimée le licenciement de son employé. Comme l'a précisé l'intimée, l'assuré aurait alors pu bénéficier d'une offre de libre passage dans l'assurance individuelle et, ainsi, prétendre aux indemnités journalières directement auprès de l'intimée. Il est dès lors pour le moins étonnant, voire incompréhensible, que la recourante n'ait pas annoncé à l'intimée le licenciement de son employé, alors qu'elle a rappelé à maintes reprises qu'elle n'était plus obligée à l'égard de l'assuré depuis le 10 octobre 2011. A cela s'ajoute le fait que le certificat médical initial du 10 octobre 2011, attestant une incapacité de travail dès cette date pour une durée probable de deux semaines, a été remis le jour même à la recourante. Pourtant, la recourante ne l'a pas communiqué à l'intimée dans le délai prescrit, soit quinze jours dès l'interruption de travail.

- 11 - d) En définitive, l'absence d'annonce de l'incapacité de travail survenue dès le 10 octobre 2011 apparaît comme étant due à une négligence de la recourante et non pas à l'insécurité de la situation juridique prévalant entre elle et l'assuré, le licenciement avec effet

immédiat du 10 octobre 2011 n'ayant finalement été contesté que le

E. 6

décembre 2011, date du bordereau de la requête de conciliation. Par conséquent, le retard de la recourante n'est pas excusable et justifie une sanction en application de l'art. 13 ch. 4 CGA. On rappellera que dans un cas similaire, où l'assuré avait annoncé son incapacité de travail avec près de cinq mois de retard, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé le droit de l'assurance de ne verser aucune prestation conformément à son règlement, sans constater que cette sanction violerait le principe de la proportionnalité (ATF 127 V 154 consid. 4c). Cette solution s'impose a fortiori dans le présent cas étant donné que le retard de l'annonce est d'une année et non pas de cinq mois. 4. Il résulte de ce qui précède que l'intimée était fondée à refuser le versement d'indemnités journalières pour la période du 10 octobre au 4 décembre 2011, si bien que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice ni d'allouer de dépens (art. 91 et 99 LPA-VD). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 1er juillet 2013 par B. _____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier :

- 12 - Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Nathalie Fluri, avocate à Lausanne (pour W. _____ SA) - B. _____ SA - Office fédéral de la santé publique 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.