

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 janvier 2014

Présidence de Mme BERBERAT, juge unique
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

W. _____ **SA**, à Lausanne, recourante, représentée par Me Nathalie Fluri,
avocate à Lausanne,

et

B. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 67 et 71 LAMal

E n f a i t :

A. L'entreprise W. _____ SA (ci-après: la recourante) a conclu un contrat collectif d'indemnité journalière maladie auprès de B. _____ SA (ci-après: l'assureur ou l'intimée) avec effet au 17 novembre 2003.

J. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1959, était employé depuis le 1^{er} janvier 2011 auprès de l'entreprise précitée. A ce titre, il était couvert contre la perte de gain par l'assureur dans le cadre d'un contrat collectif d'indemnité journalière maladie.

Le 23 novembre 2012, l'assureur a reçu une "déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur" signée le 20 novembre 2012 par W. _____ SA. L'employeur y indiquait que son employé J. _____ avait présenté une incapacité de travail dès le 10 octobre 2011 durant deux semaines en raison d'une dépression. L'employeur précisait que l'assuré avait été licencié le 10 novembre 2011 pour le 31 décembre 2011. Un certificat médical établi le 10 octobre 2011 par la Dresse G. _____, spécialiste en médecine interne, était joint et attestait une incapacité de travail totale dès le 10 octobre 2011 pour une durée de deux semaines à réévaluer.

Par courrier du 12 décembre 2012, l'assureur a informé l'employeur qu'aucune indemnité journalière ne pouvait être versée pour cet événement. Ce dernier a en effet exposé que l'annonce du cas avait été effectuée le 20 novembre 2012, si bien qu'elle n'était pas conforme aux exigences de l'art. 13 al. 4 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal "BE" (ci-après: CGA), qui prévoit ce qui suit:

"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".

L'assureur a dès lors conclu qu'une annonce tardive le privait de son droit au contrôle des périodes d'incapacité de travail présentées par l'assuré.

Par courrier du 11 janvier 2013, W._____ SA, désormais représentée par son conseil Me Fluri, a déclaré que l'assuré avait été licencié le 10 octobre 2011, date à laquelle il avait présenté une incapacité de travail d'une durée de trois semaines. Compte tenu de ses agissements, des justes motifs pour renvoi avec effet immédiat avaient été invoqués, avec une fin de contrat au 10 octobre 2012. A la suite d'une procédure devant le Tribunal des Prud'hommes, il avait été convenu entre les parties par gain de paix de prévoir un délai de résiliation de deux mois en lieu et place d'un délai de six mois. Le mandataire de l'employeur a produit le procès-verbal de l'audience de premières plaidoiries du 16 novembre 2012 détaillant les termes de l'arrangement à l'amiable relatif au licenciement de l'assuré. L'employeur a dès lors estimé qu'il avait réagi promptement compte tenu des circonstances, soit dès qu'il avait été établi que l'incapacité de travail invoquée par l'employé dès le 10 octobre 2011 intervenait alors que les rapports de travail existaient. Il a enfin relevé que l'incapacité de travail était relativement courte, soit du 9 novembre au 4 décembre 2011 y compris, compte tenu de la déduction du délai d'attente de trente jours.

Le 31 janvier 2013, l'employeur a remis à l'assureur trois certificats médicaux établis les 10 et 24 octobre 2011 et 28 novembre 2011 par la Dresse G._____. Dans ce dernier certificat, la médecin traitante a attesté une pleine capacité de travail dès le 5 décembre 2012.

Par décision du 19 février 2013 adressée à l'employeur en l'absence de procuration en faveur de son conseil, l'assureur a refusé de

prendre en charge l'arrêt de travail de l'assuré, se référant à son courrier du 12 décembre 2012 pour le surplus.

Dans sa contestation du 8 mai 2013, le mandataire de l'employeur a allégué que l'assureur était parfaitement au courant de son mandat, si bien que l'opposition à la décision du 19 février 2013 intervenait en temps utile, la notification irrégulière de la décision ne devant pas lui porter préjudice. Sur le fond, il a rappelé que le cas d'assurance avait été annoncé à l'assureur quatre jours après l'accord à l'amiable, si bien que l'art. 13 al. 4 CGA était respecté.

Par décision sur opposition du 1^{er} juillet 2013, l'assureur a accordé une restitution du délai d'opposition au vu des circonstances. Il a confirmé sa décision du 19 février 2013, considérant que le retard de près d'une année n'était pas excusable et qu'il se justifiait d'appliquer la sanction prévue par l'art. 13 ch. 4 CGA, à savoir que le jour où le certificat médical d'annonce du sinistre parvient à l'assureur est réputé premier jour d'incapacité de travail. L'assureur a en outre retenu que le licenciement intervenu ne constituait pas une excuse valable, car une cessation d'activité pouvait aboutir à une affiliation à titre individuel. En effet, l'assuré aurait pu bénéficier d'une offre de libre passage si l'annonce avait été faite à l'assureur. L'assuré aurait alors pu prétendre des prestations auprès de l'assurance.

B. Par acte de son mandataire du 30 août 2013, W. _____ SA recourt contre la décision sur opposition rendue par l'assureur le 1^{er} juillet 2013. Elle conclut à l'admission du recours et à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'elle a droit au versement d'indemnités journalières du 9 novembre au 4 décembre 2011, y compris, subsidiairement à l'annulation de cette décision, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. La recourante reprend les arguments déjà avancés dans le cadre de la procédure d'opposition. Elle précise toutefois qu'elle n'a plus eu de nouvelles de l'assuré jusqu'au 6 décembre 2011, date à laquelle celui-ci a ouvert action contre elle pour licenciement injustifié en déposant une requête de

conciliation auprès de la Chambre patrimoniale. C'est à ce moment-là que l'assuré a indiqué être resté en incapacité de travail jusqu'au 4 décembre 2011. La recourante soutient qu'elle était alors convaincue que le congé donné le 10 octobre 2011 déployait ses effets jusqu'au 31 décembre 2011. Elle estime enfin que l'annonce du cas d'assurance le 20 novembre 2012 ne saurait empêcher l'intimée de procéder à toutes les mesures d'investigation utiles.

Dans sa réponse du 4 octobre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Elle constate que la procédure devant les juridictions du droit du travail ne saurait excuser l'annonce tardive de la recourante, dans la mesure où il sied d'admettre que le 23 novembre 2012 la recourante attestait uniquement une incapacité de travail de l'assuré d'une durée de deux semaines, alors que la durée totale de l'incapacité, soit jusqu'au 4 décembre 2011, communiquée qu'en date du 31 janvier 2013, était déjà connue de la recourante tout du moins le 6 décembre 2011, soit avant le 23 novembre 2012. L'intimée relève également que la recourante était déjà informée le 10 octobre 2010 [recte: 2011] de l'incapacité de travail de l'assuré, puisqu'elle a affirmé dans le cadre de son recours que suite au licenciement de ce dernier avec effet immédiat le 10 octobre 2011, l'assuré avait fourni le jour même, un certificat médical pour une période de deux semaines. La recourante avait dès lors pris le risque de violer l'art. 13 ch. 4 CGA.

Dans sa réplique du 28 octobre 2013, la recourante maintient sa position et rappelle les arguments avancés dans son recours.

Dans ses déterminations du 19 novembre 2013, l'intimée se réfère à ses précédentes écritures et maintient les motifs et conclusions de sa décision sur opposition du 1^{er} juillet 2013 et sa réponse sur recours du 4 octobre 2013.

E n d r o i t :

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]).

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, 1^{ère} 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. 1^{er}, 1^{ère} 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).

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

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,

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).

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

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.

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 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} 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 :

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 :