Urteilskopf

96 V 8

3. Extrait de l'arrêt du 9 mars 1970 dans la cause Paratte contre Caisse-maladie et accidents "L'Avenir" et Tribunal cantonal des assurances de l'Etat de Fribourg
Regeste (de):
Art. 5 Abs. 3 KUVG: Umfang der Auskunftspflicht.

Begriff des Verschweigens von Gesundheitsschäden. Niederschrift der Auskünfte durch einen Dritten (Erw. 1).

Art. 12 ff. KUVG.

Grundsätzlich ersetzt die Krankmeldung bei einer privaten Versicherungsgesellschaft diejenige bei einer anerkannten Krankenkasse nicht; Folgen einer verspäteten Krankmeldung (Verwirkung des Rechts auf Leistungen, Kürzung der Leistungen? Erw. 2).

Art. 19bis KUVG.

- Der Begriff der Heilanstalt setzt nicht voraus, dass sie eine allgemeine Abteilung führe (Änderung der Rechtsprechung; Erw. 3 a).

Regeste (fr):
Art. 5 al. 3 LAMA: Obligation de renseigner sur son état de santé. Réticence. Transcription des renseignements par un tiers (consid. 1).

Art. 12 ss LAMA.

L'annonce du cas de maladie à une compagnie privée d'assurances ne remplace, en principe, pas celle qui doit être faite à une caissemaladie reconnue; conséquences d'une annonce tardive (péremption du droit aux prestations, réductions des prestations? consid. 2).

Art. 19bis LAMA.

- La notion de l'établissement hospitalier ne suppose pas qu'il ait une salle commune (changement de jurisprudence; consid. 3 a).

- Tarif applicable lorsque l'établissement dans lequel l'assuré a dû se rendre ne possède pas de salle commune (consid. 3 b).

Regesto (it):
Art. 5 cpv. 3 LAMI: Obbligo di informare la cassa circa il proprio stato di salute.

Reticenza. Stesura delle informazioni da parte di un terzo (consid. 1).

Art. 12 ss. LAMI.

La notificazione della malattia ad una compagnia d'assicurazione privata non sostituisce, di massima, la notificazione ad una cassamalati riconosciuta; conseguenze della notificazione tardiva (perenzione del diritto alle prestazioni, riduzioni delle prestazioni? consid. 2).

Art. 19bis LAMI.

- Il concetto dello stabilimento di cura non presuppone che questi disponga di una camera comune (cambiamento della giurisprudenza; consid. 3 a).

Erwägungen ab Seite 9

BGE 96 V 8 S. 9

Considérant en droit:

1. La Caisse-maladie et accidents "L'Avenir" soutient que Charles Paratte a commis une réticence, en n'annonçant pas ou ne faisant pas annoncer expressément dans sa demande d'augmentation de prestations du 30 octobre 1964 l'opération qu'il avait subie le 22 novembre 1963 et l'affection qui motivait cette intervention chirurgicale. Il faut admettre, avec la caisse, qu'une demande d'augmentation des prestations assurées est assimilable - dans le domaine de la réticence - à une demande initiale d'assurance et que l'assuré porte la responsabilité des déclarations qu'il fait à l'assureur, même lorsque c'est un employé de l'assureur qui les transcrit. La première question litigieuse est donc celle de savoir si, en répondant "voir sa fiche" lorsqu'on demandait depuis quand l'assuré était en bonne santé et s'il avait été opéré et de quoi, le scripteur a renseigné suffisamment la caisse sur l'existence d'une maladie et d'une opération antérieures à la demande de modification de l'assurance. Le Tribunal fédéral des assurances a admis, notamment dans les arrêts ATFA 1967 pp. 123 ss et Repond du 29 décembre 1967 (non publié), qu'en matière d'assurance-maladie le candidat a l'obligation d'annoncer à la caisse les affections qui pourraient faire l'objet de réserves, soit celles dont il souffre ainsi que celles dont il a souffert mais qui risquent de récidiver; cela dans la mesure où il en a lui-même connaissance ou devrait en avoir connaissance s'il se montrait normalement attentif. L'étendue de l'attention qu'on peut exiger du candidat dépend entre autres de la précision du questionnaire qui lui est adressé. L'obligation d'annoncer les affections actuelles ou antérieures existe même en cas de silence des statuts à ce sujet. Au regard de cette jurisprudence, il est clair que Charles Paratte devait, le 30 octobre 1964, annoncer l'affection et l'opération de 1963. Dans l'arrêt ATFA 1969 pp. 5 ss, le Tribunal fédéral des assurances a déclaré qu'il s'impose de ne pas sanctionner des réticences qui portent sur des faits connus de l'assureur ou que ce dernier devait connaître. Il a précisé à cet égard que la caissemaladie n'était pas censée exhumer et revoir les dossiers constitués antérieurement sur le candidat, et qu'en conséquence il incombait à celui-ci d'annoncer même les affections au sujet desquelles la caisse était intervenue autrefois. Ces principes

BGE 96 V 8 S. 10

méritent d'être confirmées, mais il n'en résulte pas qu'en l'occurrence Charles Paratte ait commis une réticence condamnable. En effet, la réponse "voir sa fiche" ne pouvait avoir d'autre but que d'attirer l'attention de l'assureur sur l'existence d'un dossier relatif à une affection antérieure. Or, dès l'instant où l'assuré a donné un tel renseignement, on doit attendre de l'assureur soit qu'il fasse des recherches dans ses archives, soit qu'il demande des précisions au candidat. La réticence, si réticence il y a eu, portait donc en l'espèce sur un fait que la caisse devait connaître. Par conséquent, elle n'est pas opposable à l'assuré, qui a dès lors droit en principe

aux prestations augmentées.

2. En vertu de l'art. 67 du règlement de "L'Avenir" entré en vigueur le 1er janvier 1966, l'assuré qui tombe malade doit en aviser immédiatement la caisse: s'il l'en informe après le 3me jour de maladie, les prestations ne sont accordées qu'à partir de l'annonce. L'art. 75 du règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 1965 contient une disposition similaire. Pareille réglementation n'est pas contraire au droit fédéral, du moins lorsque l'avis peut raisonnablement être exigé de l'assuré (ATFA 1967 pp. 131 ss, plus spécialement p. 135). La caisse s'en prévaut, non pas pour refuser toute prestation à Charles Paratte jusqu'au 2 décembre 1965, date à laquelle ce dernier a annoncé son cas, mais pour exercer sur les indemnités journalières une retenue de 20%. L'assuré estime, lui, que son retard est excusable parce qu'il a d'abord cru, de bonne foi, relever de l'assurance-accidents. L'Office fédéral des assurances sociales partage cette opinion. L'assuré s'est effectivement annoncé à "La Neuchâteloise" et à "L'Union suisse" le 20 janvier 1965, soit 11 jours après l'accident prétendu. Il n'est pas établi, contrairement à ce qu'en pense la caisse-maladie, que l'assuré ait été de mauvaise foi en se déclarant victime d'un accident. Le cas posait des questions délicates, qui échappent communément aux profanes, lesquels ont tendance à qualifier d'accidents les traumatismes déclenchés par un effort. Statuant sur la péremption du droit aux prestations prévue par l'ancien art. 78 al. 2 RAI (cf. l'actuel art. 48 LAI), le Tribunal fédéral des assurances a refusé de tenir pour valable à l'égard de l'assurance-invalidité une demande de mesure médicale présentée par l'assuré à sa caisse-maladie (ATFA 1966

pp. 24 ss). Pourtant, l'assurance-maladie pratiquée par une caisse reconnue et l'assurance-invalidité sont toutes deux des assurances sociales. A plus forte raison faut-il, règle générale, ne pas considérer comme opposable à une caisse-maladie reconnue une annonce faite à une compagnie d'assurances privée contre les accidents. Ce principe souffre-t-il des exceptions ou, au contraire, l'assuré qui a commencé par n'annoncer un sinistre qu'à son assurance-accidents sera-t-il toujours déchu de ses droits à l'encontre de sa caisse-maladie, lorsque les statuts ou règlements de cette dernière contiennent une clause identique à celle que "L'Avenir" oppose à Charles Paratte? Il n'est pas nécessaire de trancher cette question, car une exception ne serait en tout cas pas justifiée en l'occurrence. En effet, l'assuré a pu constater que "L'Union suisse" et "La Neuchâteloise" hésitaient et tardaient à lui accorder leurs prestations. Il aurait dû dès lors signaler le cas, à toutes fins utiles, à la caisse-maladie bien avant le 2 décembre 1965. Il l'avait annoncé, on le rappelle, le 20janvier 1965 aux compagnies précitées, dont les refus formels datent des 27 septembre et 27 octobre 1965. D'autre part, s'il fallait qualifier l'annonce tardive de faute de l'assuré et non de motif absolu de péremption, la sanction proposée par la caisse ne heurterait pas, en l'espèce, la règle de la proportionnalité (cf. ATFA 1968, pp. 160 ss). La réduction de 20% de l'indemnité journalière pour cause d'annonce tardive est donc admissible en l'occurrence... En tout cas, il serait contraire au maintien d'un certain ordre et d'une certaine discipline dans l'assurance-maladie que de sanctionner l'annonce tardive uniquement lorsqu'elle porte un préjudice direct à la caisse, par exemple quand elle l'empêche d'instruire sur la maladie, sur le traitement et sur les conséquences de cette dernière (cf. ATFA 1967 pp. 131 ss).

3. a) Suivant l'art. 19bis LAMA, l'assuré a le libre choix parmi les établissements hospitaliers suisses (al. 1er). Si l'assuré doit, pour des raisons médicales, se rendre dans un établissement hospitalier déterminé, la caisse est tenue de calculer ses prestations selon les taxes de la salle commune de cet établissement (al. 5). Dans l'arrêt non publié Medrado Dias du 7 octobre 1969, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que la notion légale d'établissement hospitalier présuppose l'existence d'une salle

commune, d'une direction médicale du traitement, d'un personnel soignant qualifié et d'installations adéquates. Si les trois dernières exigences sont justifiées et doivent être confirmées, il n'en va pas de même de la première. Son maintien conduirait en effet à une situation qui ne saurait être tolérée: l'assuré n'aurait pas le droit de se faire soigner, même partiellement aux frais de l'assurance, dans un établissement hospitalier ne possédant pas de salle commune, au regard de l'art. 19bis LAMA. Un nouvel examen des textes légaux a conduit dès lors la Cour plénière à la conclusion que les nombreuses références des articles de la loi à la salle commune sont seulement destinées à déterminer l'étendue des obligations financières des caisses en cas d'hospitalisation - s'agissant des prestations fournies par les établissements hospitaliers en tout cas (art. 12 al. 2 chiffre 2, 19bis al. 2 à 5, 22quater al. 3 LAMA, 24 al. 2 Ord. III). b) En l'espèce, les premiers juges n'ont pas déterminé le tarif applicable, au titre de l'assurance ordinaire, à la couverture des frais hospitaliers. Avec l'Office fédéral des assurances sociales, il faut admettre que c'est pour des raisons médicales, au sens de l'art. 19bis al. 5 LAMA, que l'assuré a été opéré non dans le canton de Fribourg, mais à X. -, à Lausanne, qui est une clinique privée répondant aux exigences mentionnées sous lit. a ci-dessus. L'Office fédéral des assurances sociales propose au Tribunal fédéral des assurances de rechercher si cet établissement possède une salle commune; si oui, d'appliquer la taxe de cette section de l'établissement, conformément à l'art. 19bis al. 5 LAMA; sinon d'appliquer le tarif valable pour une clinique privée de Lausanne avec salle commune, à défaut, le tarif le plus favorable entre le tarif de la salle commune de l'Hôpital cantonal vaudois et celui de l'hôpital du domicile de Charles Paratte... Le Tribunal fédéral des assurances peut accéder à cette proposition, quant au fond, dans la mesure où elle prévoit de prendre en considération, à défaut de salle commune à X., les taxes de la division générale des hôpitaux cantonaux vaudois ou fribourgeois, s'agissant tout au moins du remboursement des prestations effectivement fournies par la clinique susmentionnée. En revanche, quant à la procédure, il incombe plutôt à la caissemaladie d'établir un nouveau compte...